

N^o 8.

Université

L'HYSTÉRIE SIMULATRICE

DE QUELQUES

AFFECTIONS CHIRURGICALES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 juillet 1905

PAR

M. F. CORDERO

Pour obtenir le grade de docteur d'Université

(Mention médecine)



MONTPELLIER

IMPRIMERIE GROLLIER, ALFRED DUPUY SUCCESSEUR

Boulevard du Peyrou, 7

1905

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✱)..... DOYEN.
TRUC..... ASSESSEUR.

Professeurs

Clinique médicale.....	MM. GRASSET (✱).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Clinique obstétricale et gynécologique.....	GRYNFELTT.
— — chargé du cours, M. VALLOIS.	
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (✱).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses....	MAIRET (✱).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Chimie médicale.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS.
Opérations et appareils.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS.

Professeur-adjoint : M. RAUZIER.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O. ✱), E. BERTIN-SANS (✱).

Secrétaire honoraire : M. H. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.....	MM. VALLOIS, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	RAUZIER, agrégé libre, professeur adjoint.
Pathologie externe.....	DE ROUVILLE, agrégé.
Pathologie générale.....	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE.	MM. VIRES.	MM. SOUBEIRAN.
DE ROUVILLE.	VEDEL.	GUÉRIN.
PUECH.	JEANBRAU.	GAGNIÈRES.
GALAVIELLE.	POUJOL.	GRYNFELTT Ed.
RAYMOND.	ARDIN-DELTEIL.	

M. H. IZARD, *secrétaire*,

Examineurs de la thèse :

MM. FORGUE, <i>président</i> .	MM. JEANBRAU, <i>agrégé</i> .
GRANEL, <i>professeur</i> .	ARDIN-DELTEIL, <i>agrégé</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A TOUTE MA FAMILLE

F. CORDERO.

A TOUS MES MAITRES

A TOUS MES AMIS

F, CORDEIRO,



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

Au moment de présenter ce travail qui marque la fin de nos études, nous nous faisons un devoir et un plaisir de manifester notre reconnaissance profonde et sincère envers les Maîtres de cette École. Leur souvenir nous sera cher ; leur enseignement précieux.

Nous présentons l'hommage de notre reconnaissance, spécialement à M. le professeur Forgue pour les encouragements et les savants conseils qu'il n'a cessé de nous donner pendant la durée de notre externat, et pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous adressons également l'expression de notre gratitude à M. le professeur Granel à cause de la sollicitude et de l'intérêt qu'il nous a témoigné. Le bien qu'il nous a fait, nous ne l'oublierons jamais.

Nos remerciements sincères à M. le professeur Truc, pour sa bienveillance et son enseignement, prodigués pendant toute la durée de notre externat.

Les professeurs-agrégés Jeanbreaux et Ardin-Delteil ont

montré toujours à notre égard une constante sollicitude, nous les prions d'accepter nos remerciements.

Ce n'est qu'avec regret que nous quitterons ce cher pays de la France, où nous avons trouvé partout un accueil sympathique et amical.

Que toutes les personnes qui nous ont témoigné leur sympathie sachent que leur souvenir restera gravé dans notre mémoire et leur amitié dans notre cœur.

INTRODUCTION

Quelques cas d'hystérie à forme particulière, observés dans les services de MM. les professeurs Forgue et Grasset, nous ont si vivement intéressé, que nous n'hésitons pas à les prendre pour base de notre thèse inaugurale.

Nous n'avons pas la prétention de faire une revue d'ensemble de toutes les manifestations d'apparence chirurgicale de l'hystérie, car la « Grande Simulatrice » peut tout faire, nous l'avons entendu répéter souvent par nos Maîtres.

Nous allons envisager les cas les plus fréquents, ceux avec lesquels le praticien doit être le plus familiarisé pour pouvoir distinguer une simple névrose d'une affection organique susceptible d'une intervention chirurgicale. C'est ainsi que la coxalgie, l'appendicite et péritonisme, l'occlusion intestinale et la stenose pylorique ont été l'objet de nos recherches bibliographiques ; et nous rapportons plusieurs observations de ces quelques cas qui nous paraissent les plus importants.

Nous allons exposer ici rapidement le plan que nous avons suivi dans notre travail.

Quelques mots d'historique ne sont jamais de trop ; il est toujours intéressant de suivre l'évolution des idées médico-chirurgicales à travers les âges ; c'est ce qui fait l'objet de notre premier chapitre.

Nous passons ensuite en revue les diverses affections qui nous intéressent et nous faisons suivre les observations se rapportant à ces maladies des réflexions tant cliniques qu'étiologiques et thérapeutiques que ces mêmes observations suscitent ; tel est l'objet de notre deuxième, troisième et quatrième chapitres.

Nous nous efforçons également, dans l'étude de chacune des maladies qui nous occupent, de mettre en relief toute l'importance et toute la difficulté d'un bon diagnostic différentiel entre la névrose simulant une de ces affections organiques et l'affection elle-même.

Ce diagnostic est important au point de vue des indications thérapeutiques. Ce sont ces indications que nous étudions dans notre dernier chapitre.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'utérus et le cerveau ont été tour à tour incriminés comme le point de départ de l'hystérie.

Les uns, avec Hippocrate, rendent la matrice responsable de tout ; formulent des théories que nous trouvons aujourd'hui bizarres.

Tel, le déplacement de l'organe de la gestation qui quitte sa place normale pour venir se placer à la gorge et étouffer la malade. Aussi, les anciens recommandaient fortement les boissons amères qui devaient repousser la montée de l'utérus à la gorge ; recommandaient également l'application d'essences aromatiques à la vulve, dans le but de favoriser et de hâter son retour à la place normale.

Galien nia le déplacement réel de la matrice dans l'abdomen.

L'utérus retient dans sa cavité le sang qui, putréfié, dégage une vapeur maligne, provoquant les troubles hystériques.

Au xvii^e siècle, nous constatons une réaction contre la

théorie utérine ; c'est le cerveau *seul* qui est en cause pour Lepais et Willis.

Les hommes hypocondriaques de Sydenham sont des hystériques. Donc, la matrice n'y est pour rien, et même le nom étymologique *Hystérie* (du grec *ὑστέρηξ* matrice) est supprimé par Pomme.

L'hystérie sera donéavant appelée l'*irritabilité* par Tisot.

Le débat n'est pas fini car, en 1733, Hoffman dit de nouveau : « L'hystérie est un spasme utérin propagé aux autres parties du système nerveux ».

Avec plus de précision Astruc, Cullen et Longer-Villermay (1817), affirment l'influence des organes génitaux de la femme dans sa production.

De nouveau en 1824 Georget affirme l'influence unique de l'encéphale ; contredit par Foville et Dubois qui considèrent : « l'utérus [comme le point de départ véritable des phénomènes dont l'ensemble constitue l'hystérie ».

Le rôle joué par les ovaires a été précisé par Schutzemberger, qui le premier, en 1846, a créé de toute pièce la théorie ovarienne.

Briquet démontre très nettement dans son *Traité de l'hystérie*, l'existence de l'hystérie mâle et annule par conséquent, la théorie utérine.

Ce n'est que récemment que les modalités d'apparence chirurgicale de l'hystérie ont frappé les observateurs.

En 1836, Brodie attire, le premier l'attention, sur la coxalgie hystérique ; en 1860, il en donne une description très complète.

Après lui, le docteur Lesauvage (de Caen), consacre quelques lignes à cette affection dans les *Archives*.

En 1859, M. Robert fait à l'Hôtel Dieu de Paris une clinique remarquable, reproduite l'année suivante par le docteur Doumic.

En 1861, le docteur Richard-Bariwel dans un ouvrage intitulé « Traité de maladies des articulations » publie un chapitre ayant pour titre : *De l'hystérie, pseudo-maladies des articulations*.

Le 15 février 1865, M. Verneil présente à la Société de Chirurgie un mémoire ayant pour titre : De la Coxalgie, diagnostic, pronostic et traitement, dans laquelle la coxalgie hystérique tenait une large place.

Au mois d'octobre 1865, le docteur Chabatier lit à la Société de Sciences Médicales de Lyon un mémoire intitulé : « De l'action du sulfate d'atropine dans la Coxalgie Hystérique ».

La même année, Crolas soutient à la Faculté de médecine de Montpellier une thèse inaugurale sur la Coxalgie hystérique; nous lui avons emprunté quelques observations.

Nous enregistrons dans les *Annales de la Pathologie Nerveuse*, que Bœckel, cinq ans plus tard, hanté par une malade, désarticule la cuisse pour une coxalgie hystérique.

En 1874, apparaît la thèse de Bach, qu'il soutient à Paris « De la Coxalgie hystérique ». Huet, Glorieux, Plicque, Lannois et Ballet font des intéressantes communications sur le même sujet.

Le *peritonisme*, terme créé en 1877 par Gubler, dans un article du *Journal de Thérapeutique*, intitulé « Du peritonisme et de son traitement », désigne les cas que Bernutz appelait *pseudo-péritonites*, où le tableau clinique de la péritonite a lieu, alors que la séreuse est intacte.

Talamon s'est beaucoup occupé des différentes manifestations appendiculaires et péritonéales de l'hystérie. Il a rapporté plusieurs observations très curieuses, entre autres celle d'un malade soigné par le docteur Shrady, de New-York, qui présente des phénomènes diagnostiqués appendicite par des cliniciens de mérite, et chez qui l'autopsie faite à la

faveur d'une maladie mortelle intercurrente, permet de constater l'intégrité de l'appendice.

En 1890, Bristowe publia deux cas de tympanite hystérique dans le *British Med. journal*.

Dans l'*Accad. della scianze mediche di Ferrara*, le docteur Cappelletti, en 1896, rapporte un cas de péritonite hystérique.

Enfin, l'appendicite fantôme, l'appendicite et péritonite hystériques ont été l'objet de discussions nombreuses à la Société Médicale des Hôpitaux de la part de Rendu, Brissaud, Talamon, pendant le cours du mois de mars 1897.

Nothnagel, en avril 1899, publie une clinique parue dans le « *Wisener klinische wochenschrift* » où la laparotomie fut faite pour une appendicite qui n'existait pas.

En septembre de la même année, dans le *Deutsche medicinische wochenschrift* » apparaissent deux observations de Sardet : Appendicite hystérique traitée chirurgicalement.

OCCCLUSION INTESTINALE ET STENOSE PYLORIQUE

Au point de vue historique, nous croyons que c'est à Sydenham qu'il faut remonter pour saisir la première observation d'occlusion intestinale nette et purement de nature hystérique.

Jeanne Fourcroy (dans la *Vérité de Miracles* : Carre de Mongeron), s'exprime en ces termes :

« En 1716, à l'âge de 10 ans, je fus attaquée d'un si grand mal de poitrine et d'estomac que je crachois le sang et vomissois quelquefois jusqu'aux matières fécales... » Ici l'affirmation est précise dès que la valvule de Bauhin peut être forcée sous l'influence d'une détermination intestinale de l'hystérie ;

cela fut démontré plus tard par Briquet de façon indéniable.

M. Jaccoud cite aussi un cas intéressant dans son « Traité de pathologie interne. »

Fouquet, en 1880, rapporte un cas non moins intéressant (Thèse de Paris, 1880).

Jolly et Rosenstein, en Allemagne ; M. Pasquale de Tulio, en Italie ; et Bryant à New-York s'occupent de la question ensuite.

Desnos, André et Sakorraphos dernièrement, nous ont fait connaître encore quelques cas.

CHAPITRE II

COXALGIE HYSTÉRIQUE

Première modalité de l'hystérie, très importante et souvent d'un diagnostic difficile.

La coxalgie hystérique est une affection douloureuse de la hanche, se montrant d'emblée chez des sujets hystériques, et qui se caractérise par la contracture douloureuse des muscles de la région, en même temps que par l'absence de toute espèce de lésion de l'articulation.

Une des premières observations est celle publiée par M. le docteur Doumic, en 1859 ; (Robert. Conférence de Clinique chirurgicale, page 453).

Nous ne croyons pas pouvoir mieux faire que de la reproduire *in extenso*.

Observation I

Elisa..., âgée de 18 ans, corsetière, demeurant à Paris, rue de Charonne, 31, est couchée au n° 5 de la Salle St-Paul.

Elle est blonde, pâle, peu développée, mal réglée ; tempérament lymphatico-nerveux. Elle est entrée à l'Hôtel-Dieu en septembre 1856, pour y être traitée d'une fièvre typhoïde qui dura environ deux mois, et à la suite de laquelle il survint une douleur à la hanche gauche, rendant la marche impossible et s'exaspérant au moindre mouvement imprimé au membre.

La malade passa alors dans le service de Ph. Boyer, salle Saint-Paul, n° 5.

Ce chirurgien diagnostiqua une coxalgie franche pour laquelle je fis appliquer des cautères et des vésicatoires volants, et prescrivis le repos absolu.

M. Verneuil, prenant le service après la mort de M. Ph. Boyer, et trouvant le traitement institué par ce chirurgien, adopta son diagnostic, tout en exprimant quelques doutes sur la véritable nature de l'affection, et appliqua la cautérisation transcurrente.

Les choses étaient toujours dans le même état au 1^{er} juin 1858, lorsque M. Robert vint prendre possession du service qu'il était appelé à diriger à l'Hôtel Dieu. On constatait alors chez cette jeune fille l'état suivant : la malade est couchée sur le dos, la jambe fortement étendue et dans l'impossibilité de faire le moindre mouvement ; le pied est dans la rotation en dedans ; rien à signaler du côté de la jambe. Si l'on communique le plus léger mouvement à la cuisse, la malade jette aussitôt des cris perçants et accuse de telles douleurs qu'il faut absolument cesser aussitôt tout examen.

Afin de soustraire la malade à la douleur et dans le but de compléter le diagnostic, M. Robert la soumet aux inhalations du chloroforme et procède à l'exploration des parties aussitôt que l'insensibilité et la résolution musculaire sont obtenus, double condition indispensable en pareil cas, la douleur provoquant la contraction spasmodique des muscles. Aussitôt la

jambe est fléchie sur la cuisse et celle-ci sur le bassin ; tous les mouvements dont la hanche est susceptible peuvent être accomplis librement et dans la même étendue qu'à l'état normal ; on n'y sent aucun frottement ; en un mot, l'articulation est saine et libre dans toutes ses parties.

Ce fait étant bien constaté, on supprime les inhalations anesthésiques et l'on continue l'examen des parties.

Le membre est étendu et la pointe du pied déviée en dedans ; on redresse facilement cette déviation, mais le membre y revient aussitôt qu'on l'abandonne à lui-même.

Le bassin est relevé du côté malade, c'est-à-dire du côté gauche, et en même temps il est un peu rejeté en arrière.

Plaçant les deux membres inférieurs l'un contre l'autre dans l'extension et dans la même position, on constate qu'il existe à gauche un raccourcissement considérable de 4 à 5 centimètres. Mais il faut tenir compte de l'élévation du bassin, qui a une grande part dans ce raccourcissement du membre, et l'on peut se convaincre par la mensuration que cette différence de longueur qui existe entre les deux membres, environ 2 centimètres, est réelle et résulte d'un arrêt de développement portant principalement sur le fémur. Il est facile de comprendre, en effet, que l'inaction totale dans laquelle la cuisse et la jambe gauches sont restées depuis plus de 18 mois, à l'époque où le développement de la femme se complète, a eu pour résultat d'arrêter, de diminuer la nutrition de ce membre.

L'articulation coxo-fémorale est saine, avons-nous dit. En est-il de même de l'articulation sacro-coxale ? On peut facilement s'en convaincre, ainsi que de l'intégrité de os du bassin.

Les mouvements communiqués aux membres sont très douloureux ; de même la pression sur la hanche, sur la cuisse, sur le bassin, provoque les cris de la malade qui se plaint beaucoup plus d'un simple pincement de la peau de ces

régions que si l'on pousse fortement le fémur de bas en haut contre la cavité cotyloïde.

En présence de ces symptômes, M. Robert rejette l'idée d'une coxarthroxace, à laquelle il substitue celle d'une coxalgie, c'est-à-dire d'une affection douloureuse de la hanche.

Mais de quelle nature est cette coxalgie? La malade est chloro-anémique; de plus, elle a plusieurs fois, principalement à l'époque de ses règles, des attaques hystériques qui mettent facilement sur la voie du diagnostic. C'est une coxalgie hystérique, expression qui peut paraître singulière au premier abord, mais sur laquelle M. Robert insiste beaucoup afin de bien faire comprendre qu'il s'agit, dans ce cas, d'une affection douloureuse de la hanche, simulant une inflammation articulaire, de laquelle elle se rapproche d'ailleurs par quelques-uns de ses caractères et dépendant d'une altération particulière de la constitution.

M. Robert institua son traitement: il prescrivit les ferrugineux associés au quinquina; en outre, il ordonna des bains sulfureux à prendre tous les jours et suivis chaque fois du massage de la hanche; tous les deux jours également, la malade recevait une douche froide de deux minutes.

Enfin, il exige que la malade, au lieu de rester couchée toute la journée, comme elle le fait depuis dix-huit mois, se lève et marche dans les salles en s'aidant de deux béquilles.

La jeune malade supporta très bien le traitement prescrit; chaque jour elle se levait et s'appuyant sur ses béquilles, allait et venait dans les salles, d'abord avec une grande difficulté, puis graduellement avec plus d'aisance, bien qu'elle accusât une grande faiblesse dans le membre gauche.

Le 15 juin, même date, légère amélioration. On prescrit l'application de l'électricité sur le membre faible.

Le 20, la malade a eu une attaque de nerfs qui a duré près de vingt-quatre heures; c'était le moment des règles.

Les jours suivants, elle recommence à se lever et à marcher dans les salles ; l'amélioration est telle, qu'à la date du 1^{er} juillet, il n'est plus besoin que d'une seule béquille.

Le 25 juillet, on fait porter à la malade une bottine à talon avec laquelle elle marche sans béquilles, mais en boitant encore un peu et en accusant toujours une certaine faiblesse dans la jambe gauche.

Sous l'influence du traitement que nous avons indiqué plus haut, les progrès de la malade continuent à se faire sentir graduellement ; en présence de cette amélioration constante, M. Robert juge convenable de ne rien changer à la médication qu'il a instituée.

Rien de particulier à noter jusqu'au 15 septembre. A cette époque, la malade éprouve une vive contrariété qui, dans la même journée, est suivie d'une attaque hystériforme ; toutefois, celle-ci est beaucoup plus légère et beaucoup plus courte que les précédentes attaques.

Le 1^{er} octobre, la malade, qui continue à marcher avec sa bottine et qui peut déjà rendre quelques services dans les salles, se plaint d'éprouver un peu de douleur dans le pied gauche : deux ou trois onctions de laudanum suffisent pour calmer la douleur. M. Robert prescrit l'application d'un appareil plâtré, dans le but de soutenir le pied dans ses efforts.

Le 6, la malade est beaucoup mieux ; elle songe à quitter l'hôpital. M. Robert ne juge pas à propos de s'opposer à sa sortie. On constate l'état suivant : La malade a pris un certain embonpoint ; elle est moins pâle qu'autrefois ; elle a pris des forces. Depuis plus de trois semaines, elle n'a eu aucune attaque d'hystérie.

Le membre inférieur gauche a acquis un volume plus en rapport avec le reste du corps ; il offre cependant encore un raccourcissement réel d'environ 1 centimètre. Le bassin repris sa position normale, le pied est encore, mais très légèrement,

dévié en dedans. La malade n'acuse plus aucune douleur, elle marche assez librement, quoique boitant encore un peu.

Elle quitte l'Hôtel Dieu le lendemain 7 octobre. Plus de six mois après, 25 avril 1859, Élisabeth I... vient se présenter à M. Robert. Il s'est opéré en elle un changement considérable : sa santé s'est beaucoup améliorée ; elle n'a pas eu de nouvelle attaque depuis environ trois semaines elle a quitté son soulier à talon et marche facilement sans boîter.

Observation II

C'est l'observation si intéressante que M. Charcot analysa de main de maître dans ses Leçons sur les maladies du Système Nerveux.

C'est un homme de 45 ans, nommé Ch..., père de 7 enfants, qui ne présente pas d'antécédents morbides, soit héréditaires, soit personnels, dignes d'être notés. Il a servi comme zouave pendant 7 ans, et n'a jamais été malade pendant ce temps-là ; il n'a notamment jamais éprouvé, à aucune époque de sa vie, des crises nerveuses, ni de manifestations rhumatismales. Il exerce le métier de scieur de long et travaille à la machine, dite scie droite, au service de l'une de nos grandes compagnies de chemin de fer. Le 13 mai 1883, il a été victime d'un accident : la bielle de la machine à vapeur située au-dessous de l'endroit où il travaillait, a violemment heurté le plancher sous ses pieds, et il a été projeté en l'air, à une hauteur de 2 ou 3 mètres, assure-t-il. Il ne perdit pas connaissance, mais ressentit immédiatement une douleur vive, accompagnée d'engourdissement du membre ; celui-ci

lui semblait, dit-il, à la fois *douloureux* et *absent*. Il put faire quelques pas cependant ; on le transporta chez lui ; il resta deux mois au lit, ayant, dit-il, dans les premiers temps, le membre gonflé ; au bout de cette période, il commença à marcher avec des béquilles, puis il ne se servit plus que d'une canne ; il y a plus d'un an que son état est demeuré ce que vous le voyez aujourd'hui.

Si nous examinons le malade, d'abord *couché*, voici ce que nous constatons :

Il existe, ainsi que vous le reconnaissez, un raccourcissement notable du membre inférieur gauche, tout à fait analogue à celui qui s'observe dans la coxalgie organique à la troisième période. La jointure est immobile, la cuisse soudée au bassin dans une position à peu près immuable. Le malade accuse une douleur spontanée au niveau de l'aîne, de la hanche et du genou ; cette douleur s'exagère quand on exerce une pression sur ces régions, quand on imprime des mouvements au membre, quand on percute le grand trochanter ou le talon. De plus, veuillez le remarquer, le membre gauche tout entier, cuisse et jambe, est un peu moins volumineux que le droit ; sa circonférence est moindre d'un centimètre environ.

Maintenant, le malade étant debout, si nous le regardons par devant, nous voyons qu'il se tient penché sur le côté sain, tenant sa canne de la main droite ; le pied gauche ne repose pas sur le sol ou n'y repose que très légèrement par la pointe ; la jambe gauche est en extension et portée un peu en avant de la droite. C'est bien là, me disait l'autre jour mon collègue et ami le professeur Lannelongue auquel je présentais une bonne photographie du malade, vu debout, l'attitude et la tenue des coxalgiques qui sont capables de se tenir debout.

Si maintenant nous examinons le malade par derrière,

nous remarquons tout d'abord le contraste qui, chez lui, existe entre les deux fesses : la droite est globuleuse et présente la fossette rétro-trochanterienne résultant de la contraction du grand fessier ; la gauche, au contraire, paraît plus large, aplatie, flasque ; ces caractères se retrouvent dans la coxalgie organique où ils ont été relevés par quelques auteurs comme présentant une certaine importance clinique.

En réalité, ce contraste entre les deux fesses dépend uniquement de l'attitude du sujet. Nous nous en sommes assurés en faisant placer à côté de notre homme un individu sain, habitué à poser pour les peintres et auquel on avait commandé de contrefaire autant que possible, après l'avoir bien étudiée, l'attitude du malade. Les résultats de cette étude comparative sont parfaitement saisissables sur le dessin que je place sous vos yeux et qui a été fait d'après une photographie.

Notons que le pli fessier est plus élevé et plus large à gauche qu'à droite et que ce dernier est double, tandis que le premier est unique.

Le pli interfessier est incliné de bas en haut, de gauche à droite, du côté malade vers le côté sain ; il existe enfin une courbure assez accentuée du rachis présentant sa concavité tournée vers la gauche ; ces diverses déformations tiennent, elles aussi, d'une façon évidente, uniquement de la position anormale dans laquelle est maintenu le bassin, et surtout de son élévation du côté malade. Je vous ferai remarquer en dernier lieu que c'est dans la position debout que l'inégalité de volume des deux cuisses et des deux jambes est le mieux perceptible.

Pour ce qui est de la démarche claudicante de notre malade, il n'est sans doute pas nécessaire d'y insister ; vous reconnaîtrez qu'elle ne diffère pas essentiellement de celle

que présentent les individus atteints de coxalgie organique de date ancienne.

En résumé, vous le voyez Messieurs, nous ne trouvons dans ce premier examen rien qui soit contraire à l'idée d'une affection articulaire avec lésions plus ou moins étendues et plus ou moins profondes, s'étant terminée sans abcès, par une ankylose de la jointure.

Y a-t-il vraiment une ankylose ? L'exploration à l'aide du chloroforme permettrait, à l'époque où nous en sommes parvenus — c'est-à-dire près de 3 ans après le début de l'affection — de répondre à cette question d'une façon catégorique.

Observation III

(M. le docteur Glorieux, à Bruxelles, sur un cas de coxalgie hystérique)

Il nous semble plus intéressant d'insérer ici le rapport de la Commission chargée par l'Académie Royale de Médecine de Belgique d'examiner le travail de M. Glorieux, par les conclusions auxquelles elle arrive.

L'observation soumise à l'appréciation de l'Académie a été recueillie avec le plus grand soin par l'auteur.

L..., soldat, atteint de coxalgie, est âgé de 24 ans ; il est artilleur ; sa constitution est solide.

Dans un avant-propos, M. Glorieux rappelle que les cas d'hystérie sont loin d'être rares chez l'homme. La coxalgie hystérique, même chez la femme, est la moins commune des manifestations hystériques. A la connaissance de l'auteur, il n'existe dans la science qu'un seul cas de coxalgie hystérique chez l'homme : c'est celui qui a été signalé par

Charcot, dans ses leçons sur les maladies du système nerveux (1).

Après ce préambule, M. Glorieux énumère d'après Charcot, les symptômes de cette affection et signale les difficultés du diagnostic différentiel entre la coxalgie organique et la coxalgie hystérique.

L'auteur aborde ensuite l'histoire du malade. Celui-ci est souffrant depuis le 6 août 1886.

Antécédents héréditaires. — Du côté paternel, ils sont excellents de tous points ; du côté maternel, rien à noter, si ce n'est que le grand-père était un alcoolique. Le malade a deux frères et quatre sœurs, tous bien portants. Une de ses sœurs a présenté des convulsions dans l'enfance. En résumé, absence de toute tare névropathique dans la famille.

Quant au sujet de l'observation, il n'a jamais été malade ; il est d'un caractère tranquille, doux, il est laborieux et honnête. Au mois d'août 1886, il fut envoyé à l'hôpital de Mons, pour une otite à droite. On diagnostiqua une inflammation catarrhale du conduit auditif externe, accompagnée de surdité complète avec douleurs hémicraniennes vives.

Après un séjour de trois semaines au lit, le malade, en se levant, remarqua que ses jambes, spécialement la gauche, fléchissaient sous le poids du corps ; il n'éprouvait pas de douleurs vives en marchant, mais plutôt une espèce d'engourdissement douloureux. Tous ces symptômes disparurent en peu de jours dans le membre inférieur droit et allèrent, au contraire, en s'aggravant dans le membre inférieur gauche. Le malade traînait ce membre au point qu'il dût recourir à l'appui d'un bâton. Il se plaignait de tiraillements

(1) Tome III, 1887.

douloureux vers la hanche, qui s'étendaient au genou et au pied. Il fut soumis au traitement de la névralgie sciatique, diagnostic, dit l'auteur, que confirmait la diminution de la sensibilité, l'abaissement de la température et l'atrophie graduellement croissante du membre. Pendant plusieurs semaines, le malade s'est plaint de douleurs rachialgiques, particulièrement vives à la pression des vertèbres lombaires.

Le traitement, bien qu'énergique, n'amena aucune amélioration. Ce soldat fut renvoyé en congé dans sa famille pendant 4 mois ; il revint à l'hôpital le 9 octobre dernier.

Etat du malade à sa rentrée. — Nutrition convenable, anémie peu prononcée. Il continue à éprouver un tiraillement douloureux qui part de la hanche et s'étend à tout le membre gauche, particulièrement au genou et au pied. Le patient se tient couché sur le côté sain. Le membre inférieur malade, légèrement fléchi sur le bassin, est en rotation complète en dedans, au point que le bord interne du pied en extension repose sur le matelas. Il y a un raccourcissement de 5 centimètres, raccourcissement dû à l'élévation et à la torsion du bassin. Le membre est raide dans toutes les articulations ; on sent que tous les muscles sont fortement contracturés. Les mouvements volontaires sont presque entièrement abolis, à part quelques légers mouvements dans les orteils et un faible mouvement d'abduction du pied. Une légère flexion de la cuisse sur le bassin paraît possible ; mais ce mouvement apparent ne se passe pas dans l'articulation coxo-fémorale, la cuisse étant soudée au bassin dans une position à peu près immuable. Tous ces mouvements sont douloureux et occasionnent un tremblement de tout le membre. Les mouvements forcés sont complètement impossibles dans les articulations de la hanche, du genou et du cou-de-pied. La moindre tentative provoque un tressaillement dou-

loureux, et tout le membre est agité d'une espèce de trépidation épileptoïde. La percussion du grand trochanter et du talon est peu douloureuse.

L'auteur décrit ensuite l'attitude du malade lorsqu'il est debout ; il joint à son travail deux images photographiques représentant le sujet debout, en avant et en arrière. Il décrit ensuite la marche du patient qui ne peut plus se faire sans l'appui d'un bâton.

Il y a, dans le membre malade, une perte complète de la sensibilité à la douleur, au contact et à la température, ainsi qu'abolition du sens musculaire. La température de ce membre est de 0,5 à 0,8 degrés inférieure à celle du côté opposé. S'il y a un peu d'atrophie, elle est si peu marquée qu'on ne peut guère la constater par la mensuration,

L'auteur a recherché s'il n'existait pas chez ce malade ce que Charcot appelle des stigmates hystériques. Voici le résultat de ses recherches :

Sensibilité. — Il y a une diminution de la sensibilité à la douleur sur toute la surface cutanée ; les piqûres, à l'aide d'une épingle, sont perçues mais ne font pas mal.

Réflexes. — Le réflexe pharyngien existe ; les réflexes cutanés sont abolis, les réflexes tendineux normaux.

Organes génitaux. — La pression des testicules n'est pas douloureuse, contrairement à ce que l'on observe généralement chez les hystériques mâles.

Organes des sens. — L'ouïe et l'odorat sont normaux. Quant au goût, le malade confond, à gauche, les saveurs sucrée et salée. En ce qui concerne la vue, il y a des deux côtés un rétrécissement concentrique du champ visuel et un

certain degré de dyschromatopsie. Le cercle concentrique du bleu s'est rétréci plus que celui du rouge, et est passé en dedans de ce dernier, phénomène tout à fait caractéristique du champ visuel des hystériques, d'après l'auteur. Un autre stigmate d'hystérie existe chez le malade, c'est la contraction des muscles provoquée par l'application circulaire de quelques tours de bande d'Esmark. L'auteur a vainement cherché un point hystérogène.

Pour juger de l'état de l'articulation de la hanche, l'auteur l'a examinée alors que le sujet était soumis à l'action du chloroforme. Il a pu imprimer à l'articulation coxo-fémorale tous les mouvements dont elle est susceptible, sans provoquer de craquements. Il n'existe donc pas chez le sujet d'altération organique appréciable de l'article.

Vient ensuite la discussion du diagnostic, qui ne paraît pas douteux à l'auteur. Nous citons textuellement :

« Nous trouvons, en effet, chez notre malade, l'ensemble des symptômes qui caractérisent la coxalgie ; la douleur de la hanche avec irradiation dans le genou ; la gêne des mouvements, allant jusqu'à l'impuissance complète du membre, et, enfin, l'attitude si caractéristique dont les photographies ci-jointes sont destinées à donner une idée.

« L'attitude du malade est bien celle des coxalgiques arrivés à la troisième période de la maladie.

« Le défaut de lésions matérielles appréciables dans l'articulation, l'absence de fièvre et de trouble dans la nutrition, l'intégrité des fonctions digestives, la rigidité du membre, s'étendent non seulement à la hanche, mais au genou et au cou-de-pied, les modifications profondes de la sensibilité et l'abaissement de la température : tout cela nous autorise à écarter le diagnostic de coxalgie organique, pour nous arrêter à celui de coxalgie hystérique. »

L'auteur reconnaît qu'il manque au tableau un caractère très important qu'on retrouve dans les affections hystériques des jointures, c'est l'hypéresthésie de la peau au voisinage de la hanche. M. Charcot y attache tant d'importance qu'il propose de désigner ce symptôme sous le nom de *signe de Brodie*, nom du chirurgien qui, le premier, a reconnu son importance pour caractériser les arthralgies de nature hystérique. Chez le malade dont il est ici question, l'hyperesthésie fait complètement défaut ; elle est remplacée par une anesthésie complète.

L'auteur s'attache ensuite à établir qu'il ne peut être question ici de sciatique ; ce en quoi nous partageons entièrement son opinion.

Il poursuit ainsi : « Nous ne nous arrêterons pas longuement à soulever des difficultés imaginaires de diagnostic, en agitant la question de savoir si l'affection du membre gauche ne peut être due à une lésion localisée dans le cerveau ou dans la moelle. Le retour momentané de la sensibilité après la chloroformisation, la disparition de l'état de contraction pendant le sommeil naturel, avec la possibilité d'exécuter des mouvements automatiques et réflexes, l'absence d'atrophie musculaire et l'état des réflexes, tout cela plaide énergiquement contre l'hypothèse d'une affection organique d'origine cérébro-spinale. Ce n'est donc plus une hémiplegie de nature médullaire ; car, dans ce cas, la paralysie et l'anesthésie devraient être croisées. »

Nous avons tenu à reproduire textuellement cette partie du travail relative au diagnostic différentiel entre la coxalgie hystérique et une lésion matérielle des centres nerveux.

Le mémoire ayant été renvoyé à l'auteur, celui a donné de plus grands développements à son travail sur ce point im-

portant. Mettant à profit une leçon de M. Charcot sur ce sujet, publiée récemment dans la plupart des journaux, l'auteur a complété son œuvre sur ce point ; il s'exprime ainsi :

« Une lésion destructive que nous supposerions gratuitement localisée au niveau de la partie postérieure de la capsule interne avec dégénérescence secondaire descendante des faisceaux nerveux du côté de la moelle, pourrait à la rigueur donner lieu à une paralysie du membre inférieur, se manifestant par de la contraction. Mais, une pareille monoplégie, strictement limitée au membre inférieur gauche, telle que nous l'observons ici, est un fait presque inouï dans l'histoire des lésions de la capsule interne. »

L'auteur oublie que cet argument peut être retourné avec bien plus de force encore contre son diagnostic, puisqu'il n'existe jusqu'ici qu'une seule observation de coxalgie hystérique chez l'homme, et que, dans celle-ci, les symptômes étaient entièrement différents.

Il continue ainsi : « C'est donc ailleurs, dans l'écorce cérébrale particulièrement, qu'il faudrait chercher la lésion organique ; mais alors il n'y aurait que peu ou point d'altération de la sensibilité. » Pourquoi ? c'est ce qui arriverait, en effet, dans le cas d'une sclérose en plaque diffuse, en la supposant particulièrement fixée sur le cortex de l'hémisphère cérébral droit et sur quelques points épars de la moelle épinière. Cette affection débute par de la céphalgie, des douleurs vives en divers points du corps. Surviennent ensuite l'affaiblissement de la sensibilité et de la motilité dans un des membres inférieurs ou dans tous les deux, puis des crampes, des tiraillements douloureux, et, enfin, de la contracture (1).

(1) E. Rosenthal. *Traité des maladies du système nerveux.*

Quand aux troubles des sens signalés chez le malade de M. Glorieux, ils ont été relevés dans la sclérose par Hirsch, Liouville, Charcot, etc. Lorsque la sclérose est peu considérable, la contractilité électrique des muscles est peu diminuée.

C'est donc à une lésion de la partie postérieure de la capsule interne ou à une sclérose en plaques diffuses qu'il faudrait rattacher les symptômes observés chez ce malade. Il nous paraîtrait un peu prétentieux, dans l'état imparfait où se trouve encore la connaissance des localisations cérébrales, de vouloir porter ici un diagnostic précis. Vu la fixité des symptômes dans le membre inférieur gauche, nous serions plus disposé à diagnostiquer une lésion de la capsule interne. Mais il ne peut, en aucun cas, selon nous, être question ici de coxalgie hystérique. En effet, si nous reprenons l'histoire du malade, nous voyons que l'affection a débuté, en août 1886, par une otite catarrhale avec surdité complète, accompagnée de douleurs hémicraniennes vives à droite. Cette affection a nécessité le séjour au lit pendant trois semaines, ce qui n'est guère le fait d'une otite catarrhale simple. Cette otite n'aurait-elle pas été accompagnée d'une encéphalite partielle de l'hémisphère droit ? Cela nous paraît vraisemblable.

Toujours est-il que, lorsque le malade voulut sortir du lit, il s'aperçut d'une faiblesse très marquée des jambes, et particulièrement de la jambe gauche, qui fléchissait sous le poids du corps. Tel n'est pas le début de la coxalgie hystérique qui, invariablement, survient à la suite d'un choc moral et beaucoup plus souvent à la suite d'un traumatisme de la hanche, comme cela est arrivé dans l'observation de Charcot. En outre, la coxalgie ne survient pas lentement, mais d'une manière brusque. Notons dans le même ordre de faits, la paralysie du membre inférieur gauche, la paralysie du sens du

goût dans la moitié latérale gauche de la langue. Voilà pour le mode de début.

Au point de vue symptomatique, la première remarque que nous avons à faire, c'est que la coxalgie hystérique s'accompagne invariablement de l'hyperesthésie de la peau de la cuisse, de la fesse et de la paroi abdominale du côté malade. Cette hyperesthésie cutanée accompagne toutes les arthralgies de nature hystérique, ainsi que l'a signalé, le premier, Brodie. Ce symptôme qui ne manque jamais, est le signe pathognomonique des arthralgies de cette nature. Aussi Charcot le désigne-t-il sous le nom de signe de Brodie. Il fait défaut ici et est remplacé par une anesthésie complète. Cela suffirait pour faire rejeter le diagnostic de coxalgie hystérique.

L'auteur a beau dire que, souvent, dans l'hystérie, l'hyperesthésie est remplacée par de l'anesthésie et vice versa, que c'est là un symptôme variable dans son siège. Cela est vrai pour l'hyperesthésie et l'anesthésie ordinaires des hystériques, qui sont effet essentiellement mobiles, mais cela est radicalement faux en ce qui concerne l'hyperesthésie cutanée dans le voisinage des arthralgies hystériques. Au surplus, il ne s'agit pas ici d'une anesthésie mobile, mais d'une anesthésie qui est et qui restera permanente, parce qu'elle reconnaît une autre cause que l'hystérie.

En outre il n'y a jamais eu d'accès d'hystérie chez ce malade ; il ne présente pas, comme le malade de Charcot, des points ou des zones hystérogènes ; l'anesthésie pharyngée fait défaut. En un mot il y a absence complète des phénomènes les plus ordinaires de l'hystérie.

L'auteur a bien trouvé, chez son malade, ce que Charcot désigne sous le nom de stigmates hystériques, tels que les rétrécissements concentriques du champ visuel, la diathèse de contracture. Mais il est aujourd'hui reconnu que l'on rencontre fréquemment ces symptômes dans tous les états

nerveux, et spécialement dans la neurasthénie. On doit les rencontrer plus fréquemment encore dans les lésions matérielles du cerveau.

Le malade n'est donc pas hystérique ; l'auteur a prouvé qu'il n'y avait pas de coxalgie proprement dite. On se demande après cela comment il peut arriver à désigner cet état morbide sous le nom de coxalgie hystérique.

Ainsi donc, l'étiologie, le mode de début, la sémiologie, tout s'accorde à faire rejeter le diagnostic de coxalgie hystérique et à faire considérer cette affection comme due à une lésion grave de l'hémisphère cérébral droit.

Observation IV

SUR UN CAS DE COXALGIE HYSTÉRIQUE

Par M. le docteur Lannois, agrégé, médecin des hôpitaux

Au mois d'août 1898, entrant dans le service des maladies nerveuses de l'Antiquaille, une femme âgée de 20 ans. Elle était évacuée de la clinique des maladies cutanées où elle était entrée, quelques jours auparavant, couverte de contusions et d'ecchymoses ; elle racontait qu'en voulant séparer des vaches qui se battaient, elle avait reçu un coup de corne et avait été piétinée ; mais plusieurs de ces ecchymoses provenaient sûrement d'une grande crise hystérique qu'elle avait présentée au Bureau des Entrées en attendant son tour d'être admise.

C'était en effet une hystérique à crises rapprochées et très violentes. La particularité intéressante de son cas était qu'elle présentait une coxalgie gauche. Celle-ci offrait au premier abord les caractères de la coxalgie organique : immobilisation

complète de l'articulation, raccourcissement de cinq ou six centimètres, adduction avec rotation en dedans, atrophie de la cuisse très apparente à la vue et égale au moins à deux centimètres. La malade ne restait pas au lit, mais allait toute la journée dans la salle en se tenant aux lits, sautillant sur la jambe droite et tenant la jambe gauche un peu fléchie. Lorsqu'elle prenait des crises, ce qui lui arriva plusieurs fois devant moi, la hanche restait en contracture et le membre inférieur gauche ne prenait aucune part aux mouvements ; il était impossible de faire mouvoir passivement l'articulation.

L'histoire de la malade semblait confirmer l'idée d'une lésion organique chez une hystérique. Voici, en effet, ce qu'elle racontait :

Rien du côté des parents. Un frère âgé de 24 ans, est de constitution assez faible et a des crises de vomissements. Une sœur morte à 17 ans, trois semaines après une chute avec une perte de connaissance de trois heures ; elle toussait.

La malade a toujours toussé par intervalles depuis l'âge de 8 ans. Elle aurait eu, vers 15 ans, des douleurs rhumatismales, surtout dans le membre inférieur gauche, ce qu'elle attribue à l'humidité du moulinage où elle travaillait.

Dès l'âge de 15 ans, elle a des rapports sexuels, et depuis lors mène une conduite des plus irrégulières. Réglée seulement à 17 ans, elle prend à cette époque ses premières crises parce que, dit-elle, elle était maltraitée par sa belle-mère ; elle a aussi des crises fréquentes de vomissements.

Peu après, elle fait plusieurs séjours aux Chazeaux pour une salpingite gauche, qui fut traitée seulement par des vésicatoires, et entre à la clinique pour une cystite avec hématuries. D'après elle, cette cystite fut considérée comme tuberculeuse et on lui fit une cystostomie sus-pubienne qui a laissé une large cicatrice.

A peine guérie elle devient enceinte, ses vomissements la reprennent et elle a des hémoptysies ; on lui dit qu'elle a quelque chose au sommet droit sur lequel on fait de la révulsion. Le 17 novembre 1897, à la Charité, elle accouche d'un enfant bien portant qu'elle a complètement abandonné.

Elle fit alors un séjour de deux mois dans le service de gynécologie de la clinique, en raison de violentes douleurs au niveau de son ovaire gauche, d'un réveil de son ancienne salpingite, dit-elle, puisqu'on lui proposa de lui faire une ovariectomie. Brusquement, elle prit un jour des douleurs rhumatismales dans le cou-de-pied et le genou gauches, comme celles qu'elle avait eues à quinze ans.

De la clinique de la Charité, elle fut alors évacuée sur un service de médecine de l'Hôtel Dieu où elle ne fit qu'un court séjour, car on y fit aussitôt le diagnostic de coxalgie tuberculeuse, ce qui amena son transfert dans un service de chirurgie. Là, elle fut traitée par l'extension continue, puis mise dans un silicate qu'elle garda trois mois. Il semble qu'elle soit restée assez longtemps à ce moment sans prendre de crises, mais elle toussait toujours, avait de la dyspnée et des troubles gastriques.

Elle va ensuite à Saint-Chamond où on lui applique des vésicatoires sur la fosse iliaque gauche et des pointes de feu sur la hanche. Le médecin qui la traite fait même des tentatives hypnotiques. Ayant les mêmes douleurs de la hanche, boitant toujours de la jambe gauche, elle revient à Lyon, se place dans la banlieue et a l'accident qui la fait entrer à nouveau à l'Antiquaille.

Donc, antécédents de tuberculose possibles chez une sœur, toux datant de la seconde enfance et s'étant accompagnée de vomissements et d'hémoptisies répétées, cystite qualifiée de tuberculeuse et opérée, traitement de la hanche dirigé par plusieurs confrères dans le sens d'une lésion organique, il

était bien permis de penser qu'il s'agissait d'une coxalgie tuberculeuse chez une hystérique.

Et cependant, il me restait des doutes. D'abord la cystite tuberculeuse était radicalement guérie et il n'y avait dans l'urine ni pus, ni albumine. En second lieu, on ne trouvait rien aux sommets, ce qui était surprenant pour une affection d'aussi longue durée. Enfin, du côté de la hanche, il y avait des stigmates hystériques évidents. Outre le raccourcissement purement apparent, il y avait une hyperalgie nette et classique de la peau, telle que Brodie et Charcot nous l'ont bien fait connaître, limitée à la partie supérieure de la cuisse, à la moitié inférieure de l'abdomen et à la fesse ; les muscles eux-mêmes étaient très sensibles et leur pincement ou celui de la peau paraissait plus douloureux que les chocs sur le grand trochanter.

Le 22 octobre, je me décidai à endormir la malade au chloroforme pour me livrer à un examen plus approfondi de la hanche. Très rapidement la contracture cède ; tous les mouvements, même les plus forcés, sont faciles, aucun craquement, articulation parfaitement libre. Je fis reporter la malade dans sa salle avant qu'elle fût réveillée, et comme moyen de suggestion, j'appelai plusieurs malades auprès du lit et leur fis voir que les mouvements les plus étendus se faisaient facilement, comptant bien qu'elles le rediraient à ma pseudo-coxalgique. Lorsque celle-ci se réveilla, elle fut très surexcitée, déchira son lit, demanda à partir, etc.

Mais lorsque je la revis le lendemain matin, elle n'avait plus sa coxalgie : elle traînait son membre inférieur derrière elle comme le font classiquement les hystériques atteintes de monoplégie. Elle me fit une sorte de scène lorsque je lui affirmai à nouveau qu'elle était guérie, me disant que je ne connaissais rien à sa maladie et que la preuve de la nature tuberculeuse de sa coxalgie, le chirurgien l'avait dit devant

elle à son service, était l'atrophie de la cuisse. Puis elle prit une crise très violente pour laquelle on lui passa la camisole. Le lendemain, la paralysie du membre inférieur gauche avait disparu ; il n'y avait plus d'hyperesthésie au niveau de la hanche, mais seulement de l'ovarie et l'hémianesthésie gauche. De ce moment, la malade était si bien guérie que, huit jours après, une brosse au pied, elle frottait la salle.

Elle n'a même plus repris qu'une grande crise hystérique après une séance de radiographie ; pendant quelques jours elle s'est plaint de maux d'estomac et a refusé de manger ; mais la menace de la camisole et de l'alimentation forcée a coupé court à cette nouvelle tentative de localisation hystérique.

Sauf une petite toux sèche et quinteuse, que l'auscultation du poumon ne justifie pas, elle est complètement guérie.

Observation V

Rédigée d'après les notes de M. le docteur Gausse

L'observation relative à cette malade a été envoyée à la *Gazette des Hôpitaux* ; mais elle n'a pas encore paru.

M. le professeur Grasset nous a fait d'intéressantes leçons cliniques à son propos, sur la *Coxalgie hystérique* et la coxalgie chez une hystérique.

D... M..., âgée de 22 ans, mariée, menagère, habitant Mèze, est entrée à l'hôpital le 23 avril 1905, pour des douleurs et impotence de la jambe gauche : elle occupe le lit n° 24 de la salle Esperonnier, du service du professeur Grasset.

Dans ses antécédents, on ne trouve rien de bien spécial : à l'âge de 6 ans, elle a fait une maladie aiguë qui aurait duré 6 mois et sur laquelle elle ne peut donner des renseignements précis. Réglée à 16 ans, elle s'est mariée à 19 ; et actuellement, elle a deux enfants âgés, le premier, de 32 mois, le second, de 8 mois, tous les deux bien portants.

Elle a nourri l'aîné et a commencé à nourrir le cadet pendant quatre mois, jusqu'au commencement de la maladie actuelle.

Il ne paraît pas y avoir eu des crises nerveuses avant la maladie actuelle ; mais elle reconnaît qu'elle était facilement impressionnable, pleurait ou était contrariée facilement.

Vers le 12 janvier 1905, reste alitée et on la traite pour l'influenza pendant 1 mois $1/2$ environ.

Pendant la convalescence (n'étant pas encore sortie), elle subit une violente émotion provoquée par une scène de famille ; immédiatement, elle est prise d'une crise de délire avec agitation violente ; plusieurs personnes devaient rester auprès d'elle pour la maintenir.

Cet état (agitation, perte de connaissance et délire) dure pendant 8 jours ; quand elle revient à elle, ne se souvient pas de tout ce qui s'est passé pendant cette semaine.

A ce moment, après avoir repris connaissance, perd brusquement la vue.

Cette amaurose complète et bilatérale dure 24 heures (sans cause occasionnelle connue).

Peu de temps après, elle présente subitement aussi un mutisme involontaire complet ; la malade voulait parler, mais elle ne pouvait pas. Cette anarthrie dura toute une journée.

Tout semble rentrer dans l'ordre, cependant elle garde encore le lit 3 ou 4 jours avec quelques douleurs dans le bras gauche et dans la jambe droite. Mais quand elle com-

menge à se lever, les douleurs de la jambe et du bras disparaissent.

Mais, progressivement, la jambe devient lourde, douloureuse. La malade ne peut s'en servir et la traîne difficilement en marchant...

A l'hôpital, les crises nerveuses se répètent plusieurs fois dans la journée, sans perte de connaissance, caractérisées par des tremblements des mains et des lèvres, battements de paupières, avec sensation très nette de boule à la gorge. Hypoesthésie très marquée de tout le côté gauche, même au niveau du membre douloureux : on peut traverser la peau avec une épingle sans qu'elle manifeste aucune douleur. A droite, elle sent très bien.

Elle a deux zones hystérogènes : la pression sur la région ovarienne gauche et sous le sein détermine la sensation de boule et provoque aussi une petite crise. L'anesthésie cornéenne et pharyngienne sont complètes.

Debout, elle se tient sur ses jambes sans s'appuyer nulle part ; mais elle a besoin d'une canne pour marcher ; quand elle marche, on observe qu'elle appuie avec précaution son pied gauche sur le sol et déclare que le contact du talon avec le sol est douloureux. Elle avance avec précaution, déplaçant assez facilement la jambe droite, mais traînant la gauche qui racle le sol. Pendant la marche, elle souffre de la hanche.

La malade au lit est couchée sur le dos, il est facile de constater qu'il n'y a pas de raccourcissement, même apparent du membre inférieur gauche (1). Pas d'attitude vicieuse de ce membre au repos. — Pas d'ensellure lombaire.

(1) Nous avons examiné cette malade à nouveau le samedi 22 juillet, et il y avait un raccourcissement apparent de trois centimètres. Nous avons observé qu'elle souffre beaucoup plus par les mouvements de flexion que par ceux d'abduction. Elle éprouve aussi une douleur à la hanche gauche, si on lui pince la peau du pied du même côté.

Spontanément, la malade peut très bien mouvoir le genou gauche et imprimer à la hanche gauche quelques mouvements de flexion. Mais ils sont lents, le pied traîne sur le plan du lit et le bassin suit un peu le déplacement de la cuisse par suite d'un certain degré de contracture des muscles de la hanche.

Les mouvements qu'on peut provoquer dans cette articulation sont peu étendus mais la contracture n'est pas invincible ; elle cède un peu si on imprime les mouvements (de flexion, abduction, rotation) ; avec douceur et en attirant ailleurs l'attention de la malade.

Quand ces mouvements sont trop étendus, ils deviennent douloureux : la malade souffre de la hanche plutôt que du genou.

Le réflexe rotulien est atténué, ni amyotrophie, ni troubles vasomoteurs.

Après deux séances d'inhalations de nitrite d'amyle et mobilisation provoquée de la hanche, après quelques séances de mobilisation avec suggestion à l'état de veille, la douleur s'atténue : la malade peut, d'elle-même, effectuer des mouvements de plus en plus étendus. Elle marche plus facilement et appuie plus fortement le pied sur le sol.

Dans la même salle, au lit n° 14, nous voyons couchée une autre malade, jeune fille de 16 ans, entrée le 11 février 1905 qui vient du service du professeur Estor, où elle est restée un mois et demi. Elle est atteinte de contractures qui immobilisent l'articulation coxo-fémorale droite, simulant l'ankylose de l'articulation.

M. Estor l'a anesthésiée, et dans le sommeil chloroformique, les contractures disparaissent et l'ankylose aussi ; on mobilise dans tous les sens le membre inférieur, mais on constate quelques craquements dans l'articulation atteinte. Sa démarche est tout à fait celle de l'abasie, vraie impotence

phobique, n'avance qu'en se cramponnant aux deux aides placés à côté. En plus, on a tous les stigmates de l'hystérie.

Mais s'il est indéniable que cette malade est une hystérique, il est aussi indéniable qu'elle a une lésion organique de la hanche ; elle est aussi une coxalgique, mais une coxalgique organique, en opposition à la malade antérieure. En effet, M. Grasset nous l'avait déjà démontré dans ses leçons cliniques et on n'a pas de la peine à se convaincre en examinant l'observation complète de la malade publiée par M. Gaussel (1), chef de clinique, et qui paraîtra incessamment. Pour faire ce diagnostic, ils se basent sur les *antécédents*, l'attitude caractéristique de la malade, la ténacité de l'affection et surtout quelques craquements constatés par M. Estor, pendant le sommeil chloroformique.

Mais ce n'est pas tout, le hasard de la clinique nous met en présence d'une autre hystérique, jeune fille âgée de 16 ans, couchée au lit n° 27 de la même salle, qui fait, par imitation, une coxalgie hystérique : en effet, cette malade se lie avec les deux autres que nous venons d'envisager, et à leur exemple, elle commence à souffrir du genou (8 mai 1905), de ne pouvoir pas marcher et d'éprouver une douleur en appuyant le pied par terre, tous signes accusés par les deux autres malades.

Elle marche en boitant, appuyant avec précaution le pied par terre et traînant la jambe droite. Tous ces phénomènes disparaissent facilement par une série de suggestions à l'état de veille.

RÉFLEXIONS

En examinant l'ensemble des observations publiées, nous

(1) Coxalgie hystérique et coxalgie chez une hystérique, *Gazette des Hôpitaux*, juillet 1905.

constatons, en général, qu'il s'agit de jeunes filles de 15 à 20 ans, faibles, mal réglées, présentant depuis quelque temps des symptômes de chloro-anémie et d'hystérie, névralgies, palpitations, troubles divers.

Certaines, cependant, peuvent avoir toute l'apparence d'une santé florissante.

Aussi on peut se demander avec Brodie, si la cause de la maladie ne se trouve pas, chez les unes dans un trouble de fonctionnement général et utérin, chez les autres dans une modification des fonctions du système nerveux. Mais le plus fréquemment, il faut tenir compte de la suggestion, chez la malade hystérique qui voit une coxalgique, et présente elle même une coxalgie. Nous l'avons observé dernièrement dans le service du professeur Grasset (obs. n° 5).

Un symptôme leur est commun, c'est la *douleur* qui a des caractères communs avec celle de la vraie coxalgie, qui est forte, continue, et a pour siège la hanche, la cuisse, souvent même le genou. Toutefois, elle a deux caractères qui la distinguent; ce sont la superficialité; elle a surtout pour siège la peau qui correspond à la jointure, comme l'a si bien mis en lumière Brodie; nous avons vu ces malades redouter le moindre attouchement; ensuite elle n'est jamais limitée à la région coxofémorale; on la retrouve aussi propagée vers les fausses côtes, le long de la colonne vertébrale, sur le coup-de-pied comme on l'observe dans certains cas.

Tandis que la coxalgie inflammatoire souffre surtout à la pression profonde, quand on met les surfaces articulaires malades en contact, ici la douleur a des exacerbations nocturnes qu'aucune cause extérieure ne peut expliquer.

Si on arrive à distraire la malade par la conversation et si, en pressant sur la hanche avec le doigt, au moment où elle ne s'y attend pas, elle ne sent pas une douleur, témoignée par un cri, elle a une coxalgie hystérique; petite manœuvre qui

ne doit jamais être négligée ; elle prouve le mécanisme purement psychique de la douleur.

Nous constatons encore en analysant ces observations, que la déformation de la hanche et le raccourcissement du membre sont constants ici comme dans la coxalgie ordinaire ; seulement, si dans cette dernière elle est réelle, dans la coxalgie nerveuse elle n'est qu'apparente. Par suite de la contracture des muscles, on remarque souvent une légère déviation de la cuisse en dedans ou une flexion du membre sur le bassin.

La douleur vive de la marche oblige le malade à ne pas poser le pied à terre et alors, peu à peu, le bassin se relève, se dévie, ce qui explique le raccourcissement apparent du membre du côté de la coxalgie. C'est alors que l'anesthésie s'impose pour faire le diagnostic d'une façon certaine ; nous avons vu son importance et ses résultats dans les différentes observations où elle a été faite.

L'observation n°2 mérite d'attirer notre attention tout particulièrement ; d'abord, au point de vue étiologique, nous voyons qu'ici c'est un homme robuste et sans antécédents morbides qui est atteint de l'affection dont nous nous occupons ; c'est le premier cas de coxalgie hystérique chez l'homme, rapporté en France.

Ensuite il y a le rôle indéniable qu'a joué le traumatisme dans l'éclosion de l'affection. Le choc nerveux a produit un état psychique en raison duquel la légère contusion de la hanche, sans avoir déterminé des lésions organiques sérieuses, est suffisante pour maintenir et augmenter la douleur sous forme d'arthralgie permanente ; telle est la théorie proposée par Charcot.

De plus, comme le fait remarquer ce grand Maître, l'état général de cet homme reste excellent malgré les 2 ans 1/2 pendant lesquels il a été malade, ce qui au point de vue du

diagnostic différentiel est décisif. Quelle coxalgie vraie, aussi favorable soit-elle, reste pendant de longs mois sans toucher l'état général ?

La rigidité du membre occupe non seulement la hanche, mais aussi le genou et même le cou-de-pied, caractères qu'on ne trouve pas dans la coxalgie vulgaire.

L'hyperesthésie de la peau au niveau de la hanche, ou *signe de Brodie*, comme l'appelle Charcot, honorant ainsi le célèbre chirurgien anglais, est très nette chez le malade en question.

La sensibilité doit être examinée d'une façon approfondie, car elle peut éclairer le diagnostic, comme le montre Charcot. Chez son malade, sur presque la totalité de la moitié gauche du corps, il existe une anesthésie complète et la notion du sens musculaire a disparu pour certains mouvements.

Les sens spéciaux peuvent être atteints, le malade en question a le goût, l'odorat, l'ouïe, affectés du côté gauche, et le champ visuel très rétréci, stigmatisme très fréquent chez les névrosés.

On trouve donc tous les stigmates de la grande névrose, et avec tout ce faisceau d'arguments on est déjà *presque* en droit d'assurer la *coxalgie hystérique* ; nous disons presque, parce qu'on peut se demander si les symptômes d'hystérie ne sont pas venus se greffer à un moment donné sur une coxalgie organique, point d'appel pour les manifestations névrosiques. Comment les différencier ?

Ici nous répétons ce que nous avons déjà dit : il faut faire l'anesthésie générale ; chez le malade de Charcot elle a été faite, et il nous donne les résultats de l'exploration :

« Le sommeil était complet, dit-il. Les muscles étaient en entière résolution ; ceux du membre malade furent les derniers à parvenir à cet état ; la peau était devenue insensible

au pincement, même aux endroits les plus hyperesthésiés ; on pouvait imprimer à la jambe et à la cuisse les mouvements les plus étendus sans être arrêté par la moindre résistance ; la percussion du grand trochanter, celle du talon n'étaient nullement perçues. Ni la main, ni le stéthoscope n'ont, pendant qu'on exécutait tous ces mouvements, permis de constater le moindre craquement. Donc une conclusion s'impose à nous, c'est que la jointure est libre d'adhérences, que les surfaces articulaires et osseuses ne présentent aucune de ces déformations, de ces lésions qui ne sauraient manquer d'exister dans une coxalgie aussi ancienne, si elle était réellement de nature organique.

» Permettez-moi encore, messieurs, dit Charcot, de vous faire connaître les phénomènes présentés par ce malade pendant la période du réveil : — la raideur commença à paraître à un certain degré dans les muscles malades, avant qu'aucune manifestation douloureuse se montrât du côté de la jointure. La sensibilité de la peau était déjà en partie revenue, le malade commençait à répondre à quelques questions alors que la sensibilité des parties profondes (percuSSION du trochanter, du talon) n'était encore nullement exagérée ; c'est donc l'hyperesthésie profonde qui s'est reproduite en dernier lieu. Mais lorsque le réveil fut devenu complet, c'est-à-dire au bout de 20 à 25 minutes, la déformation, la douleur, la claudication redevinrent absolument ce qu'elles étaient avant la chloroformisation. »

Tout ce luxe de petits détails et cette recherche minutieuse ne sont pas de trop, car il y a en clinique une forme dont le diagnostic est essentiellement difficile ; nous voulons parler de la forme *mixte* hystéro-organique qui, passant souvent méconnue, ne pourra bénéficier d'un traitement raisonnable.

Nous avons observé dernièrement, dans le service du pro-

fesseur Grasset, un cas incontestable d'association hystéro-organique (observation n° 5).

M. Lannelongue et M. Joffroy citent trois cas dans lesquels cette combinaison s'est produite au milieu de circonstances qui rendaient l'erreur difficile à éviter.

Mais nous croyons que le meilleur moyen de fixer l'attention sur ce point délicat de diagnostic différentiel, est de montrer, avant tout, combien l'erreur est facile à commettre, et pour cela nous n'hésitons pas à donner ici le résumé d'une observation relative au malade du docteur Joffroy, que voici :

« Mlle X..., de Saint-Petersbourg, âgée de 18 ans. Antécédents héréditaires nuls. A 6 ans et à 14 ans, crises nerveuses nombreuses qui paraissent avoir été des accès d'hystérie à forme d'épilepsie partielle. A 6 ans, accidents coxalgiques transitoires. A 11 ans, réapparition à plusieurs reprises de ces mêmes accidents. A 18 ans, réapparition des accidents qui datent de 5 mois à l'époque où on examine la malade. Douleur vive à la hanche et au genou, raccourcissement apparent ; la malade marche à l'aide de béquilles, posant à peine à terre la pointe du pied ; pas de stigmates hystériques. Cependant, en tenant compte de l'opinion des médecins antérieurement consultés, de la marche singulière de la maladie et en particulier des rémissions suivies de réapparitions qui ne cessent de se produire depuis près de 10 ans, on penche vers le diagnostic *coxalgie-hystérique*, tout en faisant des réserves. L'emploi de douches tièdes générales amène d'abord une amélioration sérieuse ; il se produit une nouvelle rémission et la malade redevient capable de marcher sans trop de douleur. Cependant, sur ces entrefaites, la chloroformisation étant pratiquée, on constate « qu'un complet relâchement de la hanche est impossible, que les mouvements imprimés à

la jointure déterminent des craquements caractéristiques ne laissant aucun doute sur l'existence de lésions osseuses très avancées. »

« A côté de ces formes mixtes par lésions tuberculeuses de la hanche chez des sujets nerveux, dit M. Plicque (1), M. Cazin a bien voulu nous signaler une autre forme dont le diagnostic n'est pas moins difficile. Dans cette forme, il existe déjà une arthrite ou une osteïte tuberculeuse d'un point éloigné du membre inférieur, le pied le plus ordinairement, quand apparaissent les contractures et les douleurs de la hanche.

L'idée la plus naturelle, celle d'une coxo-tuberculose surajoutée à la lésion tuberculeuse persistante, est loin d'être toujours vraie.

Bien souvent, il ne s'agit que d'une action réflexe, produite sur la hanche par la lésion éloignée et que M. Cazin compare très justement à l'action réflexe de certains traumatismes. C'est dans ces cas surtout que le chloroforme doit intervenir en y joignant un examen local approfondi. »

Cette forme associée mérite d'être signalée, quelle que soit d'ailleurs l'interprétation donnée.

L'observation n° III peut encore prêter à confusion. Si M. Glorieux croit que dans ce cas il s'agit sans conteste d'une coxalgie hystérique, la commission chargée d'analyser son travail arrive à une conclusion diamétralement opposée; ce serait une « affection due à une lésion grave de l'hémisphère cérébral droit ».

Nous croyons, après une analyse détaillée de l'observation du docteur Glorieux, et après l'examen des arguments de la

(1) Plicque, Les coxalgies hystériques: *Gazette des Hôpitaux*, 1891, n° 66, p. 611.

commission, que dans l'espèce il s'agit d'une *coxalgie hystérique*. En effet : prenons les objections de la commission, elle prétend que les symptômes sont entièrement différents du cas rapporté par Charcot (voir obs. n° II). Mais il n'en est rien ; ce sont deux malades superposables, et l'unique différence est que dans le malade de Glorieux, l'hyperesthésie cutanée est remplacée par une diminution à la douleur sur toute la surface cutanée ; les piqûres d'épingle sont perçues mais ne provoquent pas de sensations douloureuses ; or, si le signe de Brodie, quand il existe est pathognomonique, quand il n'existe pas, il est trop risqué d'écarter l'idée de névrose, comme l'a fait la commission. Dans l'hystérie, anesthésie et hyperesthésie s'équivalent pour faire le diagnostic de nature.

Un autre argument de la commission, c'est que l'anesthésie est restée permanente ; or elle a oublié ou n'a pas tenu compte que le retour de la sensibilité après la chloroformisation, quoique momentané, n'en a pas moins été réel.

La possibilité d'exercer des mouvements pendant le sommeil, avec disparition de l'état de contraction, et surtout l'état normal du réflexe, nous fait écarter l'idée de sclérose en plaques formulée par ladite commission.

Quant à l'idée d'une lésion localisée à la capsule interne, il serait bien étonnant qu'elle ne se soit pas manifestée par d'autres symptômes et la localisation aurait été moins limitée.

Enfin, les stigmates hystériques y sont pour quelque chose. Donc, nous croyons avec M. Glorieux qu'en réalité il s'agit là d'une coxalgie hystérique. Quoi qu'il en soit, nous avons tenu à démontrer combien il est difficile dans certains cas de porter un diagnostic exact, et c'est pour cela que l'examen du malade ne saurait être trop attentif et minutieux, dans les cas douteux.

Dans l'observation IV nous constatons pareille difficulté.

Une fois le diagnostic posé on est en droit de se demander quelle sera la durée et la terminaison. Pour la première elle est très variable ; si nous nous rapportons à l'éloquence des observations de nos anciens, nous voyons que Bœckel opéra une malade qui souffrait depuis 6 ans et l'affection ne tendait pas vers la guérison, bien au contraire.

Le coxalgique de l'observation II, n'est pas guéri après 3 ans et demi après le début de son affection.

Cette ténacité finit par retentir sur la mentalité de certains malades qui réclament à grands cris une intervention chirurgicale et malheureusement sont bien souvent écoutés.

Parfois la guérison est subite, comme dans un cas rapporté par Crolas, histoire d'une religieuse atteinte de coxalgie hystérique et guérie miraculeusement à la fin d'une neuvaine, et celle d'une jeune fille, guérie de sa coxalgie, pendant que le médecin prenait rendez-vous pour l'application d'un appareil. Nous constatons cette rapidité de guérison aussi dans plusieurs des observations consultées pour notre travail.

Quoique l'on ne sache rien sur la durée probable de cette affection, il est déjà beaucoup de pouvoir affirmer à l'entourage que la maladie peut guérir du jour au lendemain.

D'ailleurs le traitement est le même pour toutes ces affections qui nous occupent ; nous renvoyons le lecteur au dernier chapitre, celui de la thérapeutique.

CHAPITRE III

APPENDICITE ET PÉRITONISME HYSTÉRIQUES

La tympanite hystérique peut avoir des formes particulières au point de revêtir l'aspect, soit d'une péritonite aiguë, soit d'une péritonite chronique, soit d'une appendicite franchement aiguë, ou bien classée dans le groupe d'appendicites à rechutes.

Nous allons rapporter quelques observations pour les analyser ensuite.

Observation I

(M. Talamon, Société médicale des hôpitaux, 26 mars 1897)

Il s'agit d'une surveillante du service de M. le docteur Talamon, à l'hôpital Tenon, femme de 39 ans, bien portante habituellement et n'ayant d'autre trouble intestinal qu'une tendance assez marquée à la constipation. Les accidents débutent brusquement dans la nuit par une douleur atroce

dans la fosse iliaque droite, douleur fixe avec violentes irradiations paroxystiques dans l'aîne et dans tout l'abdomen suivie de vomissements alimentaires et bilieux incessants.

Le lendemain, malgré l'application de sangsues et d'une vessie de glace, malgré deux injections de morphine, les vomissements et les douleurs abdominales persistent sans amendement. Le facies est celui d'une péritonite par perforation, traits tirés, yeux excavés, extrémité du nez, pommettes et oreilles froides et légèrement violacées. Le ventre est dur, tendu, rétracté et hyperesthésié dans toute son étendue avec maximum de la douleur à droite. La fièvre est à 38° 2.

Le surlendemain, l'état est le même et M. Walther appelé en mon absence par mon interne M. Keim, conclut à une intervention dans les vingt-quatre heures, s'il ne se produit pas d'amélioration. En attendant, on continue la glace et la morphine.

Nous voyons la malade le troisième jour avec M. Walther. Changement radical dans la situation. Le facies grippé a fait place à un visage calme et reposé. Les vomissements ont cessé.

L'abdomen est souple et se laisse facilement explorer ; on ne constate aucun empâtement à la palpation de la fosse iliaque droite. La pression est seulement encore douloureuse au point de Mac Burney et dans l'espace costo-iliaque. La température est à 37°.

Le jour suivant la douleur elle-même a disparu.

Observation II

(M. Talamon, Société médicale des hôpitaux, 26 mars 1897)

D... Christian, âgé de 35 ans, cuisinier, entré dans mon service à l'hôpital Tenon, le 17 juin 1892, pour des crises

abdominales d'une violence extrême accompagnées de vomissement répétés.

Ces crises se produisent à intervalles irréguliers, en général tous les huit ou dix jours, parfois deux ou trois fois par jour. Elles débutent brusquement par une douleur déchirante dans la fosse iliaque droite, qui s'irradie bientôt dans le ventre. La douleur est telle que le malade se roule littéralement par terre, se tordant, se pliant en deux et prenant les positions les plus étranges pour calmer ses souffrances.

Les vomissements surviennent aussitôt ; ils sont continuels et se répètent incessamment avec les efforts les plus pénibles ; les matières vomies sont muqueuses, bilieuses, verdâtres, parfois panachées. La crise a une durée variable de quinze ou vingt minutes à deux ou trois heures. Elle se calme assez rapidement sous l'influence d'une piqûre de morphine.

La vue du malade en proie à un de ces accès au moment de la visite me fit d'abord penser à une crise tabétique gastrique ou gastro-intestinale. Mais il était impossible de trouver chez lui un autre signe qui permit de maintenir ce diagnostic.

D'ailleurs, en l'examinant, on voyait sur la ligne médiane les cicatrices d'une laparotomie, et voici l'histoire qu'il raconta en pleurant et se lamentant :

Jusqu'à 20 ans, il n'a eu aucune maladie qui mérite d'être notée. En 1881, à la suite d'un mariage manqué, son caractère changea complètement. Il devint triste, maussade, taciturne, s'émotionnant à la moindre contrariété, pleurant facilement, ayant souvent des étouffements et des spasmes à la gorge, toutefois pas d'attaques de nerfs.

En 1883, il eut une blennorrhagie, sans complications, mais qui le tracassa beaucoup et augmenta ses tristesses et ses inquiétudes nerveuses.

C'est en 1884, il y a huit ans, que sans raison connue, il

eut sa première crise de douleur dans la fosse iliaque droite avec vomissements.

Cette crise le prit subitement pendant son travail ; les douleurs étaient atroces, il les comparait à un « arrachement d'entrailles ».

Ces crises se répétèrent pendant deux mois, puis disparurent totalement pendant un an.

En 1885, les crises reparurent avec les mêmes caractères et depuis lors elles n'ont pas cessé, se répétant tous les huit jours, tous les quinze jours, l'obligeant sans cesse à interrompre son travail pendant plusieurs jours. Les difficultés de la vie matérielle venaient s'ajouter à ses souffrances. Son état cérébral était devenu lamentable ; il était poursuivi par des idées de suicide.

En septembre 1891, il se décida à entrer à l'hôpital, dans le service d'un de mes collègues de Tenon.

Au bout de trois semaines d'observation et de traitements divers, on le fit passer en chirurgie avec le diagnostic d'appendice à rechute.

M. Richelot pratiqua, au mois d'octobre, une laparotomie médiane sous-ombilicale pour aller à la recherche de l'appendice, mais l'appendice resta introuvable ; on ne put d'ailleurs constater aucune lésion péritonéale, ni la moindre trace d'inflammation dans la fosse iliaque droite. L'abdomen fut refermé et le malade guérit de l'opération sans incident.

Mais il ne guérit pas de ses crises.

L'opération ne lui procura même pas le bénéfice psychique qu'on pouvait espérer. Un mois après, les accès reparaissaient avec la même intensité.

Observation III

(M. Talamon. Société méd. des Hôp. 26 mars 1897)

Le malade est un petit garçon de 8 ans dont j'avais soigné le frère, à l'âge de 9 ans, pour divers accidents hystériques, blépharo spasme intermittent à la suite d'une légère conjonctivite qui a duré plus d'un an, hémispasme glossolabé pendant huit jours à la suite d'une excavation de la narine ; en outre, dans sa première enfance, il avait eu plusieurs reprises au moment de la dentition une paralysie passagère, tantôt d'un bras, tantôt de l'autre, et une contracture de la jambe gauche pendant plusieurs semaines.

Mon petit malade, bien que très nerveux, n'avait jamais eu d'accidents hystériques caractérisés, quand, au mois d'août 1895, étant à la campagne, il fut pris une nuit de douleurs violentes dans le ventre, avec cris, agitation générale, vomissements répétés.

Quand le médecin appelé arriva, au bout de deux heures, la crise était terminée, mais une deuxième crise analogue se produisit une quinzaine de jours plus tard, cette fois au milieu de la nuit, et le médecin émit l'hypothèse d'une crise appendiculaire. A la troisième attaque qui eut lieu au bout d'un mois, il insista encore sur l'idée d'une appendicite et parla même, de la possibilité d'une opération si d'autres rechutes survenaient.

A peine de retour à Paris, la mère vint me demander conseil. Je la priai de m'envoyer chercher dès que les premiers symptômes d'un nouvel accès se produiraient.

Huit jours après j'étais appelé vers minuit. L'enfant s'était

couché bien portant, ayant dîné comme d'habitude. Il s'était réveillé vers 11 heures, gémissant et se plaignant d'une douleur violente dans le ventre et dans l'estomac ; il avait vomi à deux reprises et, depuis lors, il ne cessait de s'agiter et de se retourner, criant qu'il étouffait et se raidissait par moments de tout son corps. Je le trouvai dans cet état, se débattant dans son lit, dont il avait rejeté au loin les couvertures, poussant par moments des cris de fureur, disant que son estomac lui remontait dans la gorge et faisant des efforts pour vomir, mais ne rendant plus que quelques mucosités. Il n'y avait pas de fièvre ; le ventre était sensible partout, mais non ballonné, mais dur et tendu du côté droit ; la moindre pression dans le flanc droit arrachait des cris à l'enfant et en appuyant sous le rebord costal, je provoquais une véritable contorsion du tronc qui se raidissait et se cabrait en extension.

Une zone d'hyperesthésie semblable existait aussi en arrière à droite, dans la région dorso-lombaire. Je rassurai la mère ; je fis appliquer un cataplasme laudanisé sur le ventre et au bout d'une heure il s'endormait assez tranquillement.

Le lendemain matin, je lui déclarai formellement en le regardant dans le blanc des yeux, que si pareille crise se reproduisait encore, je serais obligé de lui ouvrir le ventre. Cette menace suffit, car depuis cette époque (c'est-à-dire depuis dix-huit mois) aucun incident nocturne n'est survenu. L'enfant a toujours un sommeil très agité ; il rêve et parle tout haut une partie de la nuit ; mais il n'a plus aucune crise nerveuse. Les zones hystérogènes, sous-costal et dorso-lombaires restent toutefois très sensibles à la pression.

Observation IV

Due à l'obligeance de M. René Monod, interne de M. le docteur Galliard

(Rapportée dans la thèse de Dubois)

La nommée G... (Maria), âgée de 16 ans, domestique, entre le 26 avril 1899 dans le service du docteur Galliard, se plaignant de violentes douleurs abdominales (salle Nélaton, lit 19).

Antécédents héréditaires. — Son père est tuberculeux, sa mère est bien portante, mais très nerveuse, se mettant facilement en colère, sujette à des attaques de nerfs.

Antécédents personnels. — Comme sa mère, M. G. est très nerveuse. Elle raconte que plusieurs fois, à la suite d'émotions vives, de colère, elle a eu des crises de nerfs suivies parfois de perte de connaissance.

Son caractère est changeant, irritable, il lui arrive fréquemment de pleurer ou de rire sans motif. La santé générale est bonne, on ne relève aucune maladie dans ses antécédents. Cependant, depuis l'époque où sont apparues les premières règles, depuis deux ans, G... a souffert assez souvent du ventre. Ce sont en général des douleurs diffuses assez supportables et ressemblant à des coliques. Depuis deux mois, ces douleurs ont augmenté et il y a quinze jours la malade prétend avoir souffert assez vivement du ventre avec prédominance dans la fosse iliaque droite. Elle était constipée à ce moment-là. Elle n'a pas consulté le médecin ; elle s'est

contentée de prendre une purgation et les douleurs ont disparu.

La nouvelle crise douloureuse qui force la malade à entrer dans le service a débuté la veille au soir. Brusquement, elle a été prise de douleurs dans tout le ventre, sans vomissements. L'examen permet de constater tout d'abord que le ventre est légèrement ballonné. L'exploration est très difficile; en effet, dès qu'on tente de déprimer la paroi abdominale, la malade pousse de véritables cris, pleure, se tourmente en tous sens dans son lit pour éviter l'examen. Cependant, au bout d'un moment, on parvient à palper très légèrement l'abdomen et l'on constate nettement que le maximum de la douleur siège exactement au point de Mac Burney. Mais il est à noter que non seulement la pression, mais le simple fait de pincer légèrement la peau excite la douleur : il existe donc une hyperesthésie marquée.

Ce fait joint aux mouvements désordonnés de la malade dans son lit, malgré les vives douleurs abdominales dont elle se plaint font douter de la réelle existence d'une appendicite. Il est impossible de se rendre compte dans ces conditions s'il existe de la défense de la paroi. Néanmoins, comme la température est à 39° et le pouls à 96, on fait le diagnostic d'appendicite et on prescrit le traitement habituel : opium à l'intérieur, glace sur le ventre.

Il faut ajouter que la langue était bonne, la figure reposée sans aucune altération des traits. L'examen complet de la malade ne révèle aucune lésion des différents organes. Pas d'albumine, pas de constipation. La malade étant vierge, on ne fait pas le toucher vaginal.

27. — Le lendemain, à la visite du matin, la malade n'a plus de fièvre (37°) et le pouls est à 80. La nuit a été très bonne. Les douleurs sont moins vives et l'exploration du ventre est un peu plus facile. On constate alors que le maxi-

mun de la douleur siège toujours au niveau de l'appendice, mais la défense musculaire n'est pas plus marquée à droite qu'à gauche.

Les antécédents nerveux de la malade, cette exagération des phénomènes douloureux qui subsistent malgré la chute de la température et qui contrastent avec l'état général, conduisent à rechercher l'hystérie. On constate alors que la malade a de l'anesthésie du maxillaire droit inférieur et une diminution de la sensibilité du maxillaire supérieur du même côté. Au tronc et à la face, la sensibilité est intacte. Le réflexe pharyngien est aboli. Il y a diminution du champ visuel à droite, sans trouble de la vue.

28. — Le lendemain, la malade va très bien. T. : 37° et P. : 80. On prescrit une légère purgation, suivie d'une abondante.

29. — Le soir, la malade est reprise brusquement de ses douleurs qui présentent les mêmes caractères que le premier jour. T. : 38°4 et P. : 104.

30. — Le lendemain, la température tombe à 37°8 et le pouls monte à 104. Il n'y a pas de vomissements ; la langue est bonne, le facies n'est pas altéré. En raison de la température et de l'accélération du pouls, on prie M. Monod, chirurgien de Saint-Antoine, d'examiner la malade. Il est également d'avis qu'il s'agit de phénomènes hystériques et qu'il n'y a pas lieu d'intervenir. Le soir, la température monte à 38°2, mais le pouls est à 90.

1^{er} mai. — La fièvre et la douleur disparaissent subitement.

Trois jours après, la malade sort sur sa demande, ne ressentant plus rien d'anormal.

Observation V

La nommée Augustine Hus..., âgée de 40 ans, modiste, habitant, 86, boulevard Port-Royal, entre le 1^{er} juillet 1898 à l'Hôpital Cochin, salle Richet, lit n° 9 (service de M. le docteur Schwarz).

Antécédents héréditaires. — Nul. Un peu nerveuse.

Antécédents personnels. — Réglée depuis 13 ans. Règles abondantes et régulières. A eu un enfant à 30 ans. Constipation habituelle.

La malade est prise subitement, le 30 juin, de douleurs dans le ventre, sans vomissements.

Elle entre d'urgence à l'hôpital le lendemain. A son arrivée, elle a le ventre rétracté, creusé en bateau et douloureux. La douleur existe surtout dans la fosse iliaque droite et principalement au niveau de l'appendice.

La température ne dépasse pas 37° 8, mais les traits sont tirés, le teint terreux, le visage couvert de sueurs. Le poulx est bon. Le toucher vaginal ne donne rien : on trouve seulement de l'antéversion.

M. Leven, interne de garde, voit la malade et après examen attentif en fait une hystérique, mais se trouvant en désaccord avec plusieurs de ses collègues qui (frappés de la remarquable localisation du point de Mac Burney) en font une appendicite ; il fait appeler le chirurgien de garde. M. Arrou vient aussitôt et, posant aussi le diagnostic d'hystérie, repart sans opérer.

Voici les principales raisons qui ont permis de faire le diagnostic :

1° Le pouls est bon et de fréquence normale ;

2° Pas de fièvre ;

3° Pas de vomissements ;

4° La malade se plaint beaucoup, sans doute, mais elle s'intéresse à tout ce qui se passe dans la salle. Quand on détourne son attention en la faisant parler, par exemple, on détermine par la pression des douleurs bien moins violentes ;

5° Evolution spéciale de la malade à la suite de tourments (Augustine Hus... s'était cru ruinée).

2 juillet. — La suite prouva la justesse de ce diagnostic. Le lendemain, le ventre au lieu d'être rétracté est ballonné. Il y a du tympanisme évident. La douleur est moins bien localisée ; on la trouve à gauche presque autant qu'à droite. Le facies est beaucoup amélioré. La température et le pouls sont toujours normaux.

On examine la malade et on ne trouve rien du côté des annexes, du foie et des reins.

Le soir, il se produit une débâcle de matières fécales accompagnée d'une grande quantité de gaz.

Les jours suivants, les phénomènes continuent à s'améliorer si bien que la malade sort guérie le 6 juillet.

Revue et suivie pendant plusieurs mois, Augustine Hus... n'a jamais eu de nouvel accès semblable.

Observation VI

HYSTÉRIE SIMULANT UNE TUBERCULOSE DE SÉREUSES

Publiée par le docteur Gaussel dans le *Nouveau Montpellier Médical* 1904.

Marie B..., femme de chambre, âgée de 16 ans, entre dans le service de M. le professeur Grasset, salle Espéronnier, n° 13, avec le diagnostic de rhumatisme du coude droit.

Cette jeune fille a fait dans le service, au mois de septembre 1903, un premier séjour sur lequel nous devons tout d'abord attirer l'attention. Venue pour des crises nerveuses dont la nature hystérique fut bientôt reconnue, elle est employée comme infirmière bénévole à un moment où l'on soigne des typhoïdantes dans la salle. Au bout de quelques jours, elle présente un état général fébrile que l'on croit être une fièvre typhoïde contractée à l'hôpital ou bien une fièvre bacillaire. Nous ne savons pas si le sérodiagnostic a été fait à ce moment. Quoi qu'il en soit, cette maladie évolue rapidement d'une façon bénigne, et la malade quitte l'hôpital guérie de ses crises, qui ne se sont plus reproduites depuis qu'on lui a affirmé leur guérison définitive du fait de l'infection typhoïde.

Ses antécédents héréditaires sont inconnus.

Le 9 février 1904, elle entre pour la seconde fois dans le service. Elle se plaint depuis quatre ou cinq jours d'une douleur vive dans le coude droit qui est restée localisée, depuis le début, à cette même articulation et ne s'accompagne pas de gonflement bien apparent. Ce qui frappe de suite, c'est l'intensité de la douleur : le moindre frôlement au niveau du coude arrache des cris à la malade.

positif et apporte un argument de plus en faveur de la tuberculose.

Le 22 février, la malade ne souffre plus du ventre, mais le coude droit est très douloureux. La température est de 37°,5 le soir. Cependant l'état général est excellent, la malade a un facies coloré, un embonpoint très suffisant : il n'y a chez elle aucun signe d'anémie.

Le 27 février. — Rétention d'urine depuis la veille ; après évacuation à la sonde, le ventre reste douloureux, submat et ballonné au-dessous de l'ombilic. La douleur du coude persiste, mais moins forte ; l'hyperesthésie des jours précédents au niveau du coude a disparu.

Le soir, le thermomètre monte à 39°, sans que rien permette d'expliquer cette ascension.

La malade se plaint de tousser, mais l'auscultation la plus minutieuse ne fait rien découvrir du côté de son poumon. Les jours suivants, la température redevient à peu près normale. La malade continue à se plaindre de son ventre, qui reste un peu gros. Cependant, si en l'examinant on attire ailleurs son attention, on constate que la palpation, même profonde, et la pression énergique, sont supportées sans douleur ; de même, on sent sous la main la paroi abdominale devenir souple et par moments le ventre devient plat.

Le diagnostic d'hystérie prend de plus en plus le pas sur celui de la tuberculose ; on prescrit des lotions tièdes et des séances d'électricité statique (tabouret électrique).

Le 6 mars, la douleur du membre supérieur s'est changée dans le bras gauche qui est douloureux depuis l'épaule jusqu'au coude et est le siège d'une hyperesthésie très marquée : le côté droit est indolore, le coude se meut normalement. Cette douleur gauche disparaît après quelques jours ; il semble que la malade se plaigne uniquement de son ventre. Puis, elle accuse une douleur dans la région axillaire et à la

Le jour de son entrée, on constate une anesthésie à la piqûre portant sur tout le bras droit, limitée en manche de veste, qui fait songer à l'hystérie : l'existence de crises antérieures confirme cette opinion. En même temps, il y a une anesthésie cornéenne et pharyngée absolue.

Faut-il rapporter à la névrose cette douleur du coude ?

Il n'y a pas eu de traumatisme avant l'arthrite actuelle, il n'y a pas trace de blenorrhagie chez cette jeune fille. Est-ce de la tuberculose ? En faveur de cette hypothèse, les autres causes étant écartées (traumatisme, gonococcie), plaident la localisation monoarticulaire, la fièvre vespérale ($37^{\circ},7$ le soir).

Les deux jours qui suivent rien de nouveau ne survient, sauf la disparition de l'anesthésie du bras droit.

Le 14 février, la malade déclare souffrir beaucoup du ventre, qui est légèrement ballonné et tendu dans sa portion sous-ombilicale. Il y a de la constipation. Nous apprenons à ce moment que cette jeune fille n'a pas eu ses règles depuis quatre mois. Le ventre est très douloureux à la pression. On donne un purgatif et on fait appliquer sur le ventre des compresses d'eau salée.

Le 17 février le coude va mieux, se mobilise facilement sans douleur.

Du côté de l'abdomen, au contraire, on a du ballonnement, de la submatité à la percussion superficielle, de la douleur, le tout dans la zone sous-ombilicale. Il n'y a pas d'ascite.

Du côté du poumon, on ne constate aucun signe net à l'examen. La température est à peu près normale le soir ($37^{\circ},2$).

Du 18 au 22 février, il survient de la rétention d'urine complète qui nécessite le cathétérisme. Le séro-diagnostic d'Arloing, fait avec le sang de la malade, donne un résultat

base gauche ; mais plusieurs examens répétés ne font rien découvrir de pleural, ni de pulmonaire en ce point.

Le 17 et le 18 mars, toujours sans manifestation locale, le thermomètre monte à 39° le soir. L'interne de service, M. Rimbaud, ayant constaté que la malade ne paraissait pas avoir de fièvre au seul contact de la main, alors que le thermomètre accuse 39°, prend lui-même la température et trouve à peine 37°. La supercherie était découverte, la malade faisait monter le thermomètre.

A partir de ce jour, grâce à la surveillance exercée, la température n'a jamais excédé 37°. Or, depuis l'entrée de la malade, on avait toujours constaté quelques dixièmes au-dessus de 37°, le soir.

On s'occupa moins de cette malade quand on s'aperçut qu'elle simulait sa fièvre à type si irrégulier. Elle sort guérie le 27 mars.

Quelques jours avant de quitter l'hôpital, elle avait eu ses règles qui manquaient depuis près de cinq mois.

Cette observation montre bien quelles erreurs de diagnostic peut entraîner l'hystérie simulant une lésion organique.

Même la sachant hystérique, à cause des stigmates permanents constatés chez elle et des crises nerveuses de nature non douteuse, on a d'abord et pendant longtemps pensé chez cette jeune fille à une tuberculose des séreuses intéressant l'articulation du coude droit et le péritoine.

La localisation articulaire, par son caractère de fixité à une seule articulation, sans traumatisme, sans blenorrhagie ni maladie infectieuse antérieures, permettait de penser au rhumatisme tuberculeux ; la coexistence de phénomènes abdominaux, tels que la douleur du ventre, le ballonnement et la constipation, symptômes de parésie intestinale, la rétention d'urine, symptôme de parésie vésicale, contribuait à faire admettre l'hypothèse de la tuberculose. En faveur de

cette idée, il convient d'invoquer l'existence de la fièvre et la séro-réaction d'Arloing positive. Tout cela explique que l'on ait longtemps hésité à se prononcer entre la lésion véritable et la névrose pure.

L'évolution de la maladie, la mobilité de certains symptômes, enfin surtout leur disparition quand on eu découvert la supercherie de cette jeune fille, sont autant d'arguments en faveur de l'hystérie.

RÉFLEXIONS

Nous voyons que ces observations se rapportent tantôt à des hommes, tantôt à des femmes indifféremment. On l'observe surtout dans le jeune âge, entre 16 et 25 ans. Les sujets atteints sont le plus souvent nettement hystériques (crises nerveuses, pleurs et rires sans motifs, bizarrerie de caractère).

On trouve en général tous les stigmates de la névrose.

L'attaque de pseudo-appendicite hystérique survient brusquement et à l'occasion d'une émotion (tourments, chagrins). Presque toujours au milieu de symptômes d'une crise hystérique, se réalise le syndrome pseudo-appendiculaire ; nous l'avons constaté dans l'observation III : le petit malade de Talamon sentait en même temps une boule qui lui remontait à la gorge ; il avait des soubressauts, des secousses et des contorsions hystériques.

Les phénomènes appendiculaires peuvent remplacer la crise hystérique elle-même.

Un caractère important qui se trouve du reste dans toutes les manifestations hystériques est leur disparition brusque, soit spontanée comme chez une malade qu'observa M. Brisaud, soit provoquée par une émotion ou par une menace comme pour le petit malade de Talamon qui guérit rapide-

ment sur la menace qui lui fut faite de lui ouvrir le ventre. Tout cela prouve quelle est l'importance de la suggestion dans le traitement.

Encore un caractère important est la répétition des accès, d'où confusion souvent avec l'appendicite à rechutes. Caractère très net dans l'observation III.

La douleur est toujours très vive ; elle est même plus violente que dans les inflammations péritonéales vraies et les réactions de défense sont notablement exagérées ; cette douleur est plutôt superficielle, cela probablement du à une hyperesthésie cutanée. Mais on constate que, malgré cette grande douleur, le malade remue et montre une aisance de mouvements qui ne se trouve pas dans les cas d'inflammation de la séreuse.

Les vomissements souvent analogues à ceux de l'appendicite vraie, alimentaires ou bilieux, peuvent être d'autres fois plus répétés, plus tenaces, ressemblent au vomissement cérébral ; mais surtout ce sont des vomissements dits nerveux, c'est-à-dire vomissements faciles de liquide, filants et abondants, analogues à de la salive teintée.

Un fait très curieux est le facies trompeur de ces malades ; on a souvent le facies péritonéal, yeux creux, joues excavées, teint plombé ; mais si on observe plus attentivement le malade, on remarque une langue bonne, la figure reposée, sans aucune altération des traits, comme le font observer Galliard et Monod, (observation IV).

Le pouls doit donner des renseignements précieux pour le diagnostic, car, s'il est un peu rapide, il conserve sa régularité et surtout son amplitude au milieu des symptômes les plus alarmants.

La question de la température est un peu plus embarrassante : dans deux des cas rapportés nous constatons une température assez élevée. Doit-on conclure à une affection

organique s'il y a de la fièvre ? Non, cela ne prouve rien contre l'idée de névrose ; car d'abord on a admis, non sans grande discussion, il est vrai, une fièvre hystérique dont la nature intime nous échappe (1). Mais il faut surtout se méfier des malades qui par une « supercherie toute polygonale », dirait le professeur Grasset, tâchent par tous les moyens de tromper. Une malade que nous avons observée dans le service de M. Grasset, et qui a fait l'objet de l'intéressante communication à la Société des sciences médicales par M. Gaussel, chef de clinique, (observation V) montre l'importance de la surveillance au moment de prendre la température.

Quand la péritonite est simulée, on a un ballonnement général avec sonorité exagérée à la percussion. La paroi abdominale est entièrement hyperesthésique ; il y a les symptômes généraux concomittents. Dès lors, on est en droit de croire à une péritonite généralisée. Mais si on remarque que le ballonnement du ventre exagéré est apparu subitement en quelques minutes, qu'il est sujet à des alternatives d'augmentation et de diminution, voir même de disparition, on est en droit de conclure à une pseudo-péritonite et la recherche minutieuse des autres caractères s'impose. Avec cette symptomatologie déduite des différentes observations rapportées, on peut arriver à poser un diagnostic aussi sûr que possible.

Nous terminons, en ce qui concerne le diagnostic, par quelques phrases de Briquet qui maintient la ressemblance entre la tympanite hystérique et la péritonite aiguë ; et enfin, quelques mots de Piorry, qui est un résumé de ce que nous avons déjà écrit :

» Chez ces malades, dit Briquet (*op. cit.* p. 261), le ventre

(1) Debove. — De la fièvre hystérique (Société médic. des hôpitaux, séance du 13 févr. 1883.

se tend, devient dur, tympanique, si douloureux à la pression et même au simple toucher des parois abdominales, qu'on pourrait croire à la métrô-péritonite la plus intense. » Il existe 120 à 140 pulsations à la minute, 30 à 60 inspirations, auxquelles se joignent des vomissements porracés. « Sous ces influences, ajoute Briquet, les traits s'altèrent, la face se décompose, pâlit, devient livide; le nez s'effile, les yeux s'enfoncent dans l'orbite, les lèvres se sèchent, et la figure prend l'aspect hippocratique que peuvent offrir les malades atteints de péritonite au premier degré. »

» J'ai vu une jeune fille présentant ces accidents à un degré tel que tous les assistants, parmi lesquels se trouvaient des praticiens très habitués aux malades, et moi-même, pensaient qu'elle n'avait plus vingt-quatre heures à vivre, si l'on ne parvenait point, par un moyen quelconque, à entraver les accidents, hasard que la malade a eu le bonheur de voir se réaliser. »

« L'état local est quelquefois si grave dans l'aéro-entérectasie hystérique, dit M. Piorry (1), que des élèves ou des médecins peu instruits ne manquent pas de prendre des cas pareils pour des péritonites. Il y a des moyens bien simples de se préserver de cette grossière erreur : c'est d'observer le facies qui reste excellent; c'est de palper le pouls qui ne présente pas d'altérations; c'est de questionner sur les circonstances commémoratives d'accès d'hystérie; c'est l'excessive expression de douleur que la malade montre; ce sont les mouvements qu'elle exécute et qu'elle se donnerait bien garde de faire, si une péritonite existait, etc. Malgré l'évidence de tels symptômes, j'ai vu plusieurs malades qui pour en avoir été atteintes, avaient eu à supporter l'application de

(1) Piorry, Traité de diagnostic, t. II, p. 515, cité par Landouzy.

quatre vingts sangsues sur le ventre. On se félicitait d'avoir guéri une péritonite. »

Enfin, il faut savoir que lorsque le sujet est profondément endormi par le chloroforme, comme l'a démontré Spencer Wells, on voit le ventre s'aplatir, devenir souple, et cependant les gaz ne sortent pas ; ce qui fait penser que les gaz n'y sont pour rien, et alors la pathogénie de l'affection a été expliquée par la contracture du diaphragme capable de refouler en masse le paquet intestinal vers le petit bassin.

CHAPITRE IV

OCCLUSION INTESTINALE ET STÉNOSE PYLORIQUE

L'hystérie peut encore simuler l'obstruction intestinale avec ou sans vomissements fécaloïdes. C'est là un fait curieux qui avait déjà frappé Sydhenam. — « Le symptôme hystérique, dit-il, qui ressemble extérieurement à la colique bilieuse, ou même à la passion iliaque, et qui consiste dans une douleur insupportable aux environs de la fossette du cœur, avec un vomissement affreux de matière verdâtre, dépend pareillement des désordres des esprits. »

Une première question a été posée tout d'abord, c'est de savoir si la valvule iléo-cœcale se laisse forcer sous l'influence d'une détermination intestinale de l'hystérie; nous avons déjà vu dans l'historique que Jeanne Fourcroy l'affirme nettement.

Briquet cite un fait concluant qui peut se résumer ainsi : Femme, 27 ans, hystérique, entre à l'hôpital pour des phénomènes léthargiques. On lui prescrit du café en lavements qui causent beaucoup de malaises, des coliques, gargouillements et nausées, et, enfin, des vomissements d'un liquide qui avait

la couleur, l'odeur et la saveur du café. On répète l'expérience avec diverses substances et on observe les mêmes phénomènes 15 minutes après.

Entre autres cas cités, un des plus intéressants est celui de Fouquet (Thèse de Paris, 1880), qui fait l'objet de la première observation que nous rapportons :

Observation I

VOMISSEMENTS STERCORÉES. HYSTÉRIE CONVULSIVE

J... Louise, 20 ans, couturière, taille moyenne, cheveux châtain, visage d'une pâleur jaunâtre. Elle a l'aspect caractéristique de la chlorose. Ses règles sont apparues à 16 ans, et elle a toujours été assez mal réglée depuis. Habituellement constipée, elle reste souvent cinq ou six jours, et même davantage, sans aller à la garde-robe. Elle semble être dans la misère et se nourrir fort mal.

Son père est mort d'accident. Sa mère est très nerveuse. Une de ses sœurs est morte phtisique à 18 ans. Une autre se porte assez bien maintenant, mais a eu deux attaques de rhumatisme articulaire aigu. Cette dernière est mariée et a eu deux enfants qui sont morts de convulsions. Elle a aussi deux frères en bonne santé tous les deux. Louis J... est très nerveuse, comme sa mère. Elle pleure et rit sans motifs, mais elle n'a jamais eu d'attaques de nerfs jusqu'à ce jour.

En octobre 1875, elle sort pour aller reporter son ouvrage et est subitement prise, dans la rue, de violentes coliques. Ses douleurs sont tellement vives qu'elle est obligée de s'arrêter et de demander du secours. On la reçoit chez une fruitière qui s'empresse de lui donner du vulnéraire. Les douleurs augmentent, elle pousse des cris plaintifs. Nausées, éructa-

tions, borborygmes, respiration pénible. Une anxiété extrême est peinte sur son visage ; c'est à ce moment que le hasard nous fait rencontrer cette malade. Comme elle habite dans le voisinage, nous conseillons de la transporter chez elle, mais au moment où deux personnes la soutiennent pour la reconduire, elle devient tout à coup extrêmement pâle, une sueur froide lui couvre le front et les mains, et elle est prise de vomissements. Elle rejette d'abord des aliments, de nouvelles nausées amènent de la bile, et, après plusieurs efforts infructueux, elle vomit des excréments durs, d'un vert noirâtre, mêlés à une matière liquide de couleur beaucoup plus claire. Ces matières répandent une odeur infecte très caractéristique. La malade est complètement affaissée sur une chaise, dans un état profond de prostration ; elle a le regard égaré et continue à se plaindre. Bientôt les efforts de vomissements reparaissent et amènent encore l'expulsion de matières semblables.

Au bout de quelques minutes, elle revient à elle peu à peu, rougit, et paraît très confuse de l'accident qui vient de lui arriver. Elle est alors reconduite chez elle où sa mère, informée de ce qui était arrivé, nous dit que les mêmes accidents se sont produits, il y a trois mois, dans des circonstances analogues.

Nous apprenons aussi que depuis un an elle tousse fréquemment, et à l'auscultation nous trouvons des craquements très manifestes au sommet du poumon droit. La malade, complètement remise de son accident, nous affirme alors n'avoir pas été à la garde-robe depuis vingt jours.

Les jours suivants elle put reprendre son travail ; mais six semaines environ plus tard, elle fut prise de grandes attaques d'hystérie qui revinrent à des intervalles plus ou moins rapprochés, et s'accompagnèrent d'une hémianesthésie du côté gauche et d'ovaralgie du même côté. Fait digne de remarque,

lorsque ses attaques revenaient, la toux était moins opiniâtre et l'état du poumon semblait s'améliorer, mais comme la malade était obligée d'interrompre son travail, elle prenait du bromure de potassium, et à mesure que les accidents nerveux diminuaient d'intensité l'état du poumon s'aggravait de nouveau.

En 1876, les deux poumons étaient pris et, en avril 1877, la malade succombait. Elle n'avait pas eu d'accidents hystériques pendant les six derniers mois de sa vie.

Observation II

SUR UN CAS D'OCCCLUSION INTESTINALE D'ORIGINE HYSTÉRIQUE

par le docteur Ménélas Sakorraphas

(publiée par le *Progrès médical*, le 24 décembre 1904)

Il y a quelques mois, une jeune fille se présenta à mon bureau et me raconta ce qui suit :

Son père est mort à l'âge de 55 ans, depuis plusieurs années, à la suite d'un cancer de l'estômâc. Sa mère, qui l'accompagnait, était bien portante ; âgée de 17 ans, elle n'a ni frères, ni sœurs ; une de ses tantes était nerveuse et sujette aux lipothymies. La jeune fille était toujours bien portante et, sauf la rougeole et la scarlatine qu'elle a eues dans son enfance, elle n'a jamais eu d'autre maladie. Elle a été réglée à l'âge de 14 ans et continue à l'être.

Il y a deux ans que, sans aucune cause appréciable, elle a été prise par des douleurs au ventre, qui, d'abord intermittentes, finirent par devenir continues, en s'irradiant vers tout le ventre qui dernièrement commençait à se gonfler. A ce moment, la malade criait et des grosses larmes roulaient de ses yeux. Elle se roulait dans son lit et cherchait par les posi-

tions les plus variées à calmer sa souffrance. Le corps se couvrait de sueurs, des vomissements bilieux survenaient et quelquefois, selon la mère, ces vomissements avaient une odeur repoussante, fécaloïde. Cet état durait de 24 à 48 heures. Après quoi les douleurs cessaient subitement et la malade redevenait bien portante. Les paroxysmes survenaient, dans la première année, tous les deux mois environ.

Au cours de sa seconde année, elle se fiança et, à ce que la mère me dit, les accès devinrent plus fréquents en se renouvelant tous les 15 à 20 jours. Depuis cette époque, on a remarqué que toutes les fois que la malade s'émotionnait les crises survenaient. Par suite de la fréquence de ces accès l'état général, qui jadis était bon, se troubla et la situation, qui au commencement était très satisfaisante, se modifia et la jeune fille devint sombre et mélancolique. C'est à cette époque que j'ai vu la malade pour la première fois.

Comme les accès revenaient fréquemment, j'ai fait prévenir la mère que je désirerais voir la fille en plein accès douloureux, ce qui est arrivé peu de jours après ma première visite. J'avais constaté un énorme météorisme du ventre qui était en même temps très douloureux en toute sa surface sans qu'il exista un point douloureux. Ces douleurs, comme nous venons de le dire, n'étaient pas continues au commencement, mais intermittentes, et en plein accès le ventre devenait dur comme du bois, tandis que les anses intestinales se contractaient surtout du côté droit, où elles formaient une tumeur dure qui s'effaçait dès que les douleurs diminuaient d'intensité. La malade poussait des cris; elle se tordait dans son lit et avait envie de vomir; elle vomissait enfin, au commencement de la bile et bientôt les vomissements avaient une odeur fécaloïde. On pouvait distinguer très bien de petites matières fécales. Après ces vomissements, l'accès ne se terminait pas, quoique un certain soulagement survint. La mère de la malade s'était

très bien aperçue que, dans tous les accès précédents, après le premier vomissement fécaloïde, quoiqu'il survenait un soulagement, celui-ci n'était que momentané. Les douleurs recommençaient, et il fallait encore qu'elle vomît pour y mettre un terme. C'est ce qui arrivait. L'accès recommença, les douleurs devinrent vives, des vomissements arrivèrent, bilieux et, une heure après, les vomissements fécaloïdes mirent un terme à l'accès. La malade dormit pendant quelques heures, puis se réveilla bien portante. Pendant cet orageux tableau clinique, le pouls était normal et la température médiocrement élevée (38°).

Devant cet état, j'étais très embarrassé pour porter un diagnostic. Ni par les commémoratifs, ni par l'examen de la malade, je n'ai pu trouver rien qui eût pu me guider sur la nature de l'accès. Le tableau clinique de l'occlusion intestinale de nature autre que l'hystérie me vint d'abord à l'esprit, si ce n'est le pouls qui dans ce cas était normal.

Le facies de la malade n'avait pas le type du facies abdominal. Les accès précédents, selon le témoignage de la mère, étaient les mêmes. Donc, je repoussais ce diagnostic. Les coliques hépatiques ou rénales ont une autre allure. Après avoir examiné les urines, qui étaient normales, je me rendis le lendemain chez la malade, que je trouvais tout à fait bien portante. Je l'ai soumise à un examen minutieux et j'ai pu déceler une légère diminution de la sensibilité à la région temporale gauche, un rétrécissement du champ visuel et une légère douleur ovarienne.

Elle n'a jamais eu d'attaques hystériques et son état mental ne présentait pas ces bizarreries qu'on observe chez la plupart des hystériques.

Le traitement que nous avons suivi (douches à légère pression à température modérée, médication anti-nerveuse,

etc.) a été suivi de succès, parce que voilà déjà plus de huit mois que la malade n'a pas eu de nouvel accès.

Observation III

VOMISSEMENTS INCOERCIBLES SIMULANT UNE STÉNOSE PYLORIQUE CHEZ UNE

HYSTÉRIQUE ; GUÉRISON PAR LA SUGGESTION

Rapportée dans la Thèse de Binant (Paris, 1904)

M., 30 ans, entre dans le service de chirurgie pour subir une gastrectomie semblant nécessitée par des vomissements incoercibles, mis sur le compte d'une sténose pylorique. Les vomissements durent depuis longtemps, néanmoins la malade ne présente pas l'aspect cachectique des femmes chez qui la nutrition est devenue impossible. Elle est mise en surveillance d'une façon toute spéciale, et la sœur nous confirme au bout de huit à dix jours que depuis son entrée, elle a vomi toutes les fois que l'on a tenté de lui faire prendre des aliments solides ou liquides.

L'interrogatoire nous apprend qu'elle a souvent des crises nerveuses, nous constatons qu'elle est hémianesthésique, que son réflexe pharyngien est aboli, qu'elle a de l'insensibilité des deux cornées.

Convaincu qu'il s'agit d'accidents hystériques, le chef de service, le Dr Peugniez, annonce à la malade qu'il est décidé à tenter une intervention destinée à lever l'obstacle dont on lui a parlé au niveau du pyllore. Il laisse quelques jours la malade méditer sur l'opération qu'elle doit subir puis elle est endormie, et sans qu'aucune intervention ne soit faite, elle est reportée dans son lit, le tronc enveloppé dans un épais pansement.

Immédiatement les vomissements cessent et notre malade n'a même pas les vomissements habituels du chloroforme. Redoutant un peu la levée du pansément qui masquait la supercherie, on en reculait la date. La malade, qui voulait voir à tout prix la plaie, devenait de jour en jour plus pressante et sollicitait plus instamment les élèves de la panser. Un jour, l'un d'eux impatienté lui répondit que son pansément était suffisant puisqu'on ne lui avait rien fait. Une heure n'était pas écoulée que les vomissements reprenaient et revenaient aussi fréquents qu'avant la suggestion. Ils disparurent quelques temps après sous l'influence de l'administration de pilules, dont on avait minutieusement discuté devant la malade la dose et le mode d'administration, à cause de leur extraordinaire énergie. Il ne s'agissait en réalité que de pilules inertes. La malade a été suivie pendant dix ou quinze jours, puis a quitté l'hôpital.

Observation IV

(inédite)

Rédigée d'après les notes de M. le docteur Gausse,
chef de Clinique Médicale.

R. C..., jeune fille de 33 ans, rentre à l'hôpital à la clinique chirurgicale de M. le professeur Forgue, avec le diagnostic de *Stenose pylorique*, caractérisée par des vomissements rapprochés des repas, acides sans hématemeses. Rien d'apparent comme tumeur. Pas de signes de dilatation, pas de clapotage, mais le pylore très douloureux à la pression.

La malade est renvoyée au service du professeur Grasset, où elle rentre le 17 avril 1905, à la salle Espéronnier, lit n° 20.

Elle présente comme antécédents personnels, rhumatisme à l'âge de 22 ans ; elle est un peu nerveuse, mais elle n'a jamais eu de crises de nerfs bien caractérisée. Rien de remarquable dans les antécédents héréditaires.

Depuis le 27 février 1905, sans cause occasionnelle, elle s'est mise à vomir, et depuis elle vomit tout ce qu'elle prend, sans douleur, et sans que son état général en soit sensiblement touché.

Il y a un an, du mois de juin au mois d'août, elle a vomit comme maintenant. Depuis cette période elle se portait très bien, elle digérait bien, sauf de temps en temps quelques indigestions et des vomissements passagers.

On a fait, sans succès du reste, le lavage de l'estomac. A l'examen on ne trouve rien d'apparent comme tumeur. Pas de signes de dilatation, pas de clapotage, le pylore est toujours douloureux à la pression.

Pas de sensation de boule à la pression.

Anesthésie généralisée à tout le corps ; elle ne sent pas la transfixion,

L'anesthésie cornéenne et pharyngée sont absolues.

On lui prescrit une alimentation *ab libitum*, quelques pulvérisations d'éther sur le creux épigastrique et de l'hydrotérapie.

Sous l'influence de ce traitement, la malade se trouve bien et se considère guérie de la terrible affection qui la faisait tant vomir.

Sortie guérie après un séjour de 20 jours. L'anesthésie cutanée a disparu complètement, mais l'anesthésie cornéenne et la pharyngée persistent encore.

Les vomissements ne se sont pas reproduits.

RÉFLEXIONS

Nous avons cru intéressant de rapporter ces quatres obser-

vations, dont la dernière inédite, qui nous montrent de façon évidente la possibilité de faire erreur, si on se contente d'un examen peu attentif.

L'idée de simulation pour ces malades qui vient de suite à l'esprit est écartée sans difficulté étant donné les circonstances environnantes ; mais il faut toujours se méfier des hystériques, à cause de leur tendance naturelle à tromper. Le cas de Jolly (1), peut nous servir d'exemple : « Cette malade, dit-il, vomissait des fèces parfaitement formées et semblait ne pas aller à la garde-robe. Pendant qu'on faisait son lit, alors qu'elle était au bain, on trouve des matières fécales enveloppées dans du papier. » Jolly, avec raison, considère ce cas comme un exemple de simulation.

Nous remarquons que tous ces malades présentent un état de constipation opiniâtre; cela paraît jouer un rôle déterminant, qu'il faut prendre en considération,

Les vomissements fécaux produits par un spasme hystérique de l'intestin n'ont pas les mêmes caractères que les vomissements fécaloïdes de l'occlusion intestinale vulgaire. Les premiers méritent le nom de *fécales* proprement dites; les seconds celui de *fécaloïdes*.

Nous observons que dans aucun des cas rapportés, on trouve le ballonnement du ventre ; or, dans l'occlusion intestinale, surtout lorsqu'elle siège très bas, il est de règle de l'observer.

Le calme qui reparait aussitôt après les vomissements, la disparition brusque de tous les symptômes généraux, distinguent aussi l'occlusion hystérique de la vraie.

L'observation n° I, empruntée à la thèse de Fouquet, est intéressante à plus d'un titre ; elle rappelle le cas cité par

(1) Hystérie du Ziemmes en S Hand Back.

Jaccoud (1), qui étonna les médecins de son époque et qui suscita bien des discussions et des controverses. Il s'agit ici encore, comme dans tous ces cas, d'une jeune femme hystérique constipée, vomissant, une ou deux fois en 24 heures, des matières stercorales, solides, fétides, bien caractérisées ; cependant l'état grave de l'occlusion intestinale fait défaut. L'appétit est bon, la digestion aussi ; cet état dure pendant huit jours, au bout desquels les matières reprennent leur cours naturel.

D'autres cas semblables et non moins intéressants sont ceux de M. Pasquale de Tullio qui a noté l'existence du spasme abdominal et ses rapports avec le paroxysme convulsif : « Au moment, dit-il, des plus grandes souffrances, quand les douleurs abdominales étaient extraordinairement violentes, précédant ainsi habituellement une attaque convulsive, on pouvait noter extérieurement, en considérant l'abdomen, les mouvements de l'intestin de très grande importance dans l'espèce. Partis de l'S iliaque, ils gagnent peu à peu le colon descendant, transverse, ascendant, tout le paquet intestinal pour fermer, comme par un étranglement, la région pylorique. »

Il cite un autre fait, celui-là avec des vomissements fécaux, et l'auteur se demande comment on peut les interpréter et ne trouve d'autre explication que l'inversion péristaltique des contractions intestinales.

L'observation n° II, bien plus récente, qui a été publiée par Sakorrafos, vient corroborer la vérité des faits anciens qui étaient mis en doute ou qui restaient dans l'oubli. Or, ces faits méritent d'être connus, car nous croyons que si leur vérité a été considérée comme suspecte et leur existence ignorée, cela tient à leur rareté évidente.

(1) Traité de Pathologie interne, 3^e édition.

Enfin, la sténose pylorique peut aussi être simulée ; les observations III et IV nous le montrent suffisamment. Nous remarquons qu'ici les vomissements sont rapprochés des repas, ils sont purement alimentaires, très tenaces, presque incoercibles et pouvant survenir à plusieurs reprises et à longs intervalles, ce que nous constatons chez la malade qui fait l'objet de notre observation IV.

L'observation III est intéressante et très démonstrative au point de vue du rôle de la suggestion dans la guérison de ces cas.

Cela nous ramène à parler de la thérapeutique, qui fait l'objet de notre suivant et dernier chapitre.

CHAPITRE V

THÉRAPEUTIQUE

Pour faire la bonne thérapeutique d'une affection, il faut en connaître la pathogénie et la nature intime ; il faut s'adresser aux causes morbifiques, si on les connaît, ce qui, malheureusement, n'est pas toujours possible.

Il serait rationnel, avant d'entreprendre le traitement de cette névrose dans les trois formes qui nous occupent, de préciser la nature elle-même de la névrose, ce que nous sommes incapables de faire, l'état actuel de la science ne le permettant pas.

Nous croyons inutile de passer en revue toutes les idées et les hypothèses formulées à cet égard.

Mais, un fait paraît acquis, c'est que le siège de cette affection se trouve dans la partie psychique du système nerveux, comme l'admet M. Charcot, et surtout du *psychisme inférieur*, comme nous l'a formulé et schématisé le professeur Grasset.

Partant de cette idée, les procédés de traitement psychique doivent occuper la première place pour tenter la guérison.

Les *troubles de la sensibilité* étant cause d'un grand nombre de manifestations morbides, faire disparaître ces troubles équivaut à annihiler les accidents qui se superposent à eux, comme le fait remarquer Gilles de la Tourette. Et c'est ce qui a été la base des intéressantes expériences de Sollier (1).

« La base de la thérapeutique des accidents hystériques réside, à notre avis, nous dit Gilles de la Tourette, dans le rétablissement des diverses sensibilités perverses ou disparues. »

L'empirisme et l'expérience ont depuis longtemps démontré l'efficacité de cette méthode. La faradisation vantée par Duchenne, de Boulogne, et par Briquet, l'électricité statique, les aimants, le massage, l'hydrotérapie, et nous ajouterons le sport, en sont les éléments.

Parmi les moyens psychiques, nous citerons l'hypnotisme (2) qui doit être manié avec précaution, car il peut devenir dangereux étant un modificateur puissant du terrain hystérique.

La suggestion à l'état de veille, plus facile en général, est très recommandable. L'observation n° III, de notre IV^me chapitre, montre son importance et les bons résultats qu'on est en droit d'obtenir.

L'*isolement*, comme traitement psychique, fait merveille ; ses bienfaits se sont manifestés depuis longtemps déjà.

Nous n'insistons pas sur les moyens physiques que nous avons cités en passant, et qui ont été proposés avec différents succès du reste pour guérir l'hystérie ; cela n'est ni de notre compétence, ni de notre sujet.

(1) P. Sollier. Faits nouveaux relatifs à la nature de l'hystérie. *Sem. Méd.*, n° 22, 1899.

(2) L'hypnotisme et les états analogues, G. de la Tourrette.

Nous ne traiterons pas, non plus, les moyens chirurgicaux, comme la castration, si vivement proposée par Péan dans le traitement de la névrose ; — elle a été jugée et condamnée en 1889.

Il faut donc agir sur l'esprit de l'hystérique, tâcher de gagner sa confiance, lui suggérer, autant que possible, l'idée d'une guérison prochaine.

« L'idée, dit M. Féré, peut être un agent pathogénique et un agent thérapeutique. »

Comme traitement local dans les différentes affections qui nous occupent, il n'y a pas grand chose à faire ; une thérapeutique plus ou moins suggestive pourra faire disparaître une de ces manifestations (massage, électricité, pulvérisations d'éther), etc., etc.

Mais il faut se rappeler, comme le fait remarquer le professeur Grasset, que s'il n'y a rien de plus fugace et transitoire que les diverses manifestations de l'hystérie, il n'y a rien de plus tenace et rebelle que l'hystérie elle-même.

CONCLUSIONS

I. — L'hystérie est susceptible de créer des symptômes cliniques chirurgicaux s'accompagnant ou non de crises convulsives.

II. — Elle peut simuler la coxalgie, l'appendicite et péritonisme, l'occlusion intestinale et la sténose pylorique.

III. — Le diagnostic est souvent hérissé de difficultés, et pour le faire d'une façon sûrement exacte il faut, quand il s'agit de la coxalgie, recourir à l'anesthésie générale poussée à fond ;

Quand il s'agit d'une des autres affections, il faut un examen minutieux et attentif, et tenir compte des caractères et des signes que nous venons de développer.

IV. — L'hystérie simulant ces affections peut faire naître dans l'esprit du médecin la possibilité d'interventions chirurgicales inutiles et dangereuses.

V. — La thérapeutique doit être surtout suggestive.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRÉ. — Les névroses de l'intestin.
- BACH. — De la Coxalgie hystérique.
- BALLET. — Coxalgie hystérique avec atrophie musculaire. (Société Médicale des Hôpitaux).
- BARWELL. — On hystéric pseudo-diseases or mock Disease of the joints. A. Treatise on diseases of the joints, 1^{re} édit., 1861 ; 2^e édit., 1881.
- BECKEL. — Coxalgie hystérique, désarticulation de la cuisse. *Gazette médicale de Strasbourg*.
- BINANT. — L'hystérie en chirurgie. Thèse de Paris, 1904.
- BIANCHI. — Arthralgies hystériques. *Annali di Neurologia*, an XVI, 1898.
- BRISSAUD. — Appendicite fantôme. *Revue de Neurologie*.
- BRISTOWE. — On pseudo-péritonitis and épilepsy in hysteria. *Brit. Méd. Journ.*, 1890.
- CAPPELLETTI. — Péritonite hystérique. Accad. delle scienze mediche di Ferrara.
- GROLAS. — Coxalgie hystérique. Thèse de Montpellier.
- CHARCOT. — Leçons sur les maladies du Système nerveux, t. III, 22^e et 23^e leçons.
- DAUCHEZ. — Accidents péritoniaux revenant périodiquement chez une hystérique.
- DUBOIS. — Hystérie et appendicite. Thèse de Paris, 1900.

- ESMARCH. — Weber Gelekneurosen, Kiel, 1872.
- FOUQUET. — Quelques spasmes d'origine hystérique. Thèse de Paris, 1880.
- GILLES DE LA TOURETTE. — Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie, 1895.
- GRASSET et RAUZIER. — Traité des maladies nerveuses.
- GRAMSHOW. — Histéria simulating péritonitis. *Méd. Times and Gazette*, 1853.
- HUET. — Coxalgie hystérique, suite de traumatisme. *Progrès Médical*, 1886.
- LANNOIS. — Coxalgie hystérique chez une tuberculeuse. *Gazette hebdomadaire*.
- LELONG. — Intervention chirurgicale dans l'hystérie. Thèse de Montpellier, 1902.
- MUNICH (Ang.). — Della coscialgia nervosa. Venezia, 1873.
- MORTON PRINCE. — A study of the pathology of hystérical joint affections. *The Journal of nervous and mental diseases*, 1891.
- PAGET. — Leçons de clinique chirurgicale, 3^e leçon ; affections neuromimetiques des articulations, 1877.
- PORCHER. — Hysteria simulating acute péritonitis. *Annalist. New-York*, 1848.
- PLICQUE. — Les coxalgies hystériques. *Gazette des Hôpitaux*, 1891.
-

Vu et approuvé :
Montpellier, le 21 juillet 1905.
Le Doyen,
MAIRET.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 21 juillet 1905.
Le Recteur,
ANT. BENOIST.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.....	7
INTRODUCTION.....	9
CHAPITRE PREMIER	
HISTORIQUE.....	11
CHAPITRE II	
COXALGIE HYSTÉRIQUE.....	16
Réflexions.....	41
CHAPITRE III	
APPENDICITE ET PÉRITONISME HYSTÉRIQUES.....	50
Réflexions.....	65
CAPITRE IV	
OCCCLUSION INTESTINALE ET STÉNOSE PYLORIQUE.....	70
Réflexions.....	78
CHAPITRE V	
THÉRAPEUTIQUE.....	82
CONCLUSIONS.....	85
BIBLIOGRAPHIE.....	87



SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
